

*Univerzita Karlova v Praze*  
*Filozofická fakulta*

***DIPLOMOVÁ PRÁCE***

***2011***

***Hana PARMOVÁ***

*Univerzita Karlova v Praze  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie*



***DIPLOMOVÁ PRÁCE***

***Hana PARMOVÁ***

***Kognitivní funkce v běžném životě u pacientů s hraniční  
poruchou osobnosti***

***Everyday cognitive functions in patients with Borderline  
Personality Disorder***

***Praha 2011***

*Vedoucí diplomové práce:*  
***Doc. PhDr. Marek Preiss, PhD.***

***Poděkování:***

*Na tomto místě bych velmi rada poděkovala Doc. PhDr. Marku Preissovi PhD. za velkou trpělivost, cenné rady a připomínky při psaní diplomové práce. Dále bych ráda poděkovala za podnětné rady PhDr. Pavlu Uhlářovi. V neposlední řadě patří mé poděkování mé rodině a nejbližším.*

*Děkuji*

*Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.*

*V Praze 25.7.2011*

*Hana Parmová*

## ***Abstrakt***

Diplomová práce se zaměřuje na kognitivní funkce v běžném životě u emočně nestabilní poruchy osobnosti, hraničního typu.

Teoretická část se zabývá problematikou kognitivních funkcí, ke kterým přistupujeme výběrově z hlediska důležitosti v rámci výzkumného projektu. Kapitoly o hraniční poruše osobnosti obsahují historický přehled vývoje diagnózy, její diagnostiku a blíže rozpracovávají diagnostické modely Kernberga a Millona. Obě témata propojují studie, které se zabývají kognitivními funkcemi u osob s touto poruchou osobnosti.

V empirické části, která popisuje výzkumný projekt, přibližujeme použité testové metody. Snažíme se ověřit vztah mezi diagnostikovanou emočně nestabilní poruchou osobnosti (dotazníkem IPDE) a kognitivními funkcemi v každodenním životě pomocí pozornostního testu ANT a dotazníků MFQ, CFFQ a MIA u výzkumného a kontrolního souboru. Je zkoumán vztah kognitivních funkcí a subjektivní míry depresivní symptomatologie pomocí BDI-II a MADRS.

***Klíčová slova:*** hraniční porucha osobnosti, kognitivní funkce, pozornost, paměť, deprese, kognitivní deficit

### ***Abstrakt***

This thesis focuses on cognitive function in everyday life with an emotionally unstable personality disorder, border type.

The theoretical part deals with the cognitive functions that have a selective approach in terms of importance within the research project. Chapters on borderline personality disorder contain an overview of the historical development of diagnosis, the diagnosis and further elaborate on diagnostic models of Kernberg and Millon. Both studies link the topics that deal with cognitive functions in individuals with this disorder. In the empirical part, which describes the research project, approaching test methods used. We try to verify the relationship between diagnosed emotionally unstable personality disorder (IPDE questionnaire) and cognitive functions in everyday life using ANT and questionnaires MFQ, CFFQ and MIA in the research and control group. The relationship of cognitive functions and subjective measured depressive symptoms is studied using the BDI-II and MADRS.

**Key words:** Borderline Personality Disorder, cognitive functions, memory, attetntion, depression, cognitive deficit,

## Obsah

### **I. TEORETICKÁ ČÁST**

<b>1. Úvod</b>	10
<b>2. Osobnost jako výchozí rámcová kategorie</b>	12
<b>3. Porucha osobnosti</b>	15
<b>4. Hraniční porucha osobnosti</b>	16
4.1 Vývoj diagnózy a současné koncepce	16
4.2. Obecné informace	19
4.3 Diagnostická kritéria HPO	21
4.3.1 Diagnostická kritéria HPO podle MKN-10	21
4.3.2 Diagnostická kritéria HPO podle DSM-IV	24
4.4 Etiologie	26
4.5 Strukturální stránka HPO	27
4.5.1. Struktura hraniční organizace osobnosti dle Kernberga	27
4.5.2. Diagnostická kritéria hraniční organizace osobnosti dle Kernberga	31
4.6 Struktura osobnosti dle Theodora Millona	32
4.6.1 Diagnostický model	33
4.6.2 Vzorové varianty	39
4.6.3 Subtypy hraniční osobnosti v dospělosti	40
4.6.4 Shrnutí	44
<b>5. Kognitivní funkce</b>	45
5.1 Obecné vymezení	45
5.1.1 Paměť	46
5.1.2 Pozornost	49
5.1.3 Přijímání informací a vnímání	51
5.1.4 Rychlost zpracování informací	52
5.1.5 Exekutivní funkce	52
5.1.6 Vyjadřovací schopnosti a porozumění řeči	53

5.2 Kognitivní poruchy.....	53
5.3 Kognitivní funkce v souvislosti s HPO.....	54
5.3.1 Studie zabývající se problematikou kognitivních funkcí u osob s HPO.....	54
5.4 Shrnutí.....	56
 <b>II. EMPIRICKÁ ČÁST</b>	
6. Výzkumné cíle a výzkumné otázky.....	58
6.1 Hypotézy.....	58
7. Výběr a charakteristika souboru.....	59
7.1 Výzkumný soubor.....	59
7.2 Kontrolní soubor.....	61
8. Postup sběru dat.....	63
9. Výzkumné metody.....	64
9.1 Použité testové metody.....	64
9.1.1 Testy kognitivních funkcí.....	64
9.1.1.1 Dotazník kognitivních selhání (CFQ).....	64
9.1.2.1 Dotazník funkční paměti (MFQ).....	66
9.1.2.1 Dotazník metapaměti pro dospělé (MIA).....	66
9.1.1.4 Attentional Network Test (ANT).....	67
9.1.2 Testy zkoumající poruchy osobnosti.....	70
9.1.2.1 IPDE screening.....	70
9.1.2.2. International Personality Disorder Examination (IPDE).....	71
9.1.3 Posouzení depresivní symptomatiky.....	73
9.1.3.1 Beckova sebeposuzovací škála deprese (BECK)..	73
9.1.3.2 Stupnice Montgomeryho-Asbergové pro posouzení deprese (MADRS).....	74
10. Analýza zjištěných výsledků.....	75
11. Diskuse.....	83
12. Závěr.....	92
13. Seznam použité literatury a odborných pramenů.....	95
14. Přílohy.....	106



## I. Teoretická část

## 1. Úvod

Jako téma diplomové práce jsem si vybrala hraniční poruchu osobnosti a její vztah ke kognitivním funkcím v běžném životě. Poprvé jsem se s touto diagnózou setkala v Psychiatrickém centru Praha, kde jsem byla na praxi u pana docenta Preisse. Do této doby mé znalosti o „hraničních pacientech“ nebyly dostatečně rozsáhlé a při rozhovorech s klienty jsem zjistila, že mě tato oblast zajímá a ráda bych se jí věnovala podrobněji.

Osoby, které trpí diagnózou „emočně nestabilní poruchy osobnosti, hraničního typu jsou lidé, kteří nestabilitu ve vztazích nahrazují krátkodobými afektivními reakcemi, jako jsou sebepoškozující chování, suicidální pokusy či dlouhodobé dekompenzace ve formě depresivních epizod, rozvoje úzkostné či somatoformní poruchy nebo poruchy příjmu potravy či rozvoje závislosti na návykových látkách. Diagnostikovat proto tuto poruchu osobnosti není snadné a v klinické praxi se často setkáváme s diagnózou „*rysy hraniční poruchy osobnosti*“.

Na rozhodnutí zabývat se emočně nestabilní poruchou osobnosti, hraničního typu a zkoumat souvislost této poruchy osobnosti s kognitivními problémy v běžném životním fungování mě přivedl pan doc. PhDr. Marek Preiss, PhD. Spojit tuto problematiku pro mě bylo velice zajímavé, neboť jsem se v literatuře nesečkala s výzkumy zabývajícími se subjektivním hodnocením kognitivních selhání a obtíží v běžném životě u hraničních pacientů. Z tohoto hlediska vidím za předpokládaný přínos této práce právě její praktické zaměření.

Diplomová práce je členěna na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části nalezneme přehled názorů osobností psychologie a psychiatrie, které se poruchami osobnosti zabývaly, vymezení hraniční poruchy, její diagnostiku a etiologií. Podrobněji se zaměřujeme na pojetí Kernberga a jeho rozdělení struktur osobnosti, stejně tak klasifikaci hraniční poruchy osobnosti dle Millona, která je otevřeným překladem kapitoly jeho knihy *Disorders of Personality* (1996).

Další část teoretické části patří tématu kognitivních funkcí. V rámci našeho výzkumného projektu je jejich významnost nesporná a usilujeme především o spojení těchto specifíků s každodenním životem. Obě témata propojují studie, které se zabývají kognitivními funkcemi u této poruchy osobnosti.

Empirická část je tvořena popisem výzkumného projektu a vyhodnocením získaných údajů. Diplomovou práci doplňují diskuse, závěr a přílohy.

V této práci používáme označení evropské i americké klasifikace (MKN-10, DSM-IV) podle toho, ze kterých autorů jsme čerpali.

Přikláníme se k označení emočně nestabilní porucha osobnosti, hraniční typ, hraniční porucha osobnosti či zkratku HPO.

## ***2. Osobnost jako výchozí rámcová kategorie***

Velký počet pojetí a rozdílný přístup k poruchám osobnosti vychází z jakési nejednotnosti psychologie a přístupu ke klasifikaci jako takové. Odborníků z oblasti psychologie a psychiatrie, kteří se zabývali poruchami osobnosti, je v průběhu historie velké množství, rozhodli jsme se proto při zpracování tématu výběrově využívat historickou perspektivu s členěním obsahově-dimenzionálním.

První zmínky se nám dochovaly již z dob starého Řecka, kdy Hippokrates navrhl dělení podle „převahy tělesných šťáv“ na 4 základní typy osobnosti – melancholik, flegmatik, sangvinik a cholerik. Vlivem „černé žluči“ se melancholik vyznačoval plachostí, uzavřeností, či rozjímavostí. Flegmatik díky převažujícímu působení „hlenu“ byl pomalý, klidný, neemocionální. Sangvinika s převažujícím vlivem „krve“ popisoval za energického, nestálého či rychle se měnícího. Posledním typem byl cholerik a díky „žluči“ byl vznětlivý, zlostný a vytrvalý. Tuto teorii později převzali a rozvíjeli Galénos a Aristoteles (Höschel, 2002).

Za biologický model můžeme považovat pojetí E.Kretschmera, který svou typologii zakládá na třech fyzických dimenzích, které odpovídají třem typům osobnosti a jsou dle něj vrozené – pyknický, leptosomní a atletický. Vytváří i čtvrtou variantu dysplastika, který neodpovídá ani jednomu ze zmiňovaných typů a je jejich určitou kombinací. Slabou stránkou této typologie je, že Kretschmer vycházel pouze z klinické praxe. Jeho pojetí je založeno na schizofrenii a bipolární afektivní poruše a vlastnosti těchto dvou duševních nemocí přenáší na „běžnou populaci“ (Höschel, 2002).

Hippokratovy typy jsou užity také v typologii I. P. Pavlova, která je založena na převaze „vzruchu“ a „útlumu“ nervové soustavy. Typem „silným vyrovnaným“ popisoval sangvinika, „silným nevyrovnaným“ cholerika, „slabým vyrovnaným“ flegmatika a nakonec „slabým nevyrovnaným“ melancholika.

Podle převahy signální soustavy a podkoří vyčlenil 3 typy specificky lidské – typ umělecký (převaha 1. signální soustavy), typ myslitelský (převaha 2. signální soustavy) a typ střední, u nichž je první i druhá signální soustava v rovnováze (Höschel, 2002).

Pomocí výsledků faktorové analýzy přejímá H. J. Eysenck Jungovu dimenzi „extroverze-introverze“ a rozvíjí ji o „dimenze neuroticismu (labilita-stabilita)“ a později „psychoticismu“. První dvě mají souvislost s Hippokratovými typy, třetí dimenze je mírou psychopatologických projevů osobnosti (Ernest, 2008).

Za pozitivum, ve vztahu k poruchám osobnosti, považujeme u psychoanalyticky zaměřených terapeutů, psychologů či psychiatrů vymezení několika charakterů podle stupně psychosexuálního vývoje na „orální“, „anální“ a „falický“. Přínos je rovněž patrný v popisu „*obsedantně-kompulzivního, hysterického, masochistického, narcistického, fobického a melancholického charakteru*“ (Höschel, 2002, str.529).

C. G. Jung dělil osobnost podle zaměření duševní energie na „dovnitř“ a „ven“ na 2 typy – extroverta a introverta. Extrovert je podle něj zaměřený ke vnějšímu světu, dobře se přizpůsobuje jak situacím, tak lidem a má o lidi zájem. Extrémně vyvinutý typ bychom mohli v dnešní terminologii připisovat k „histrionské poruše osobnosti“. Na druhé straně ukazuje introverta jako člověka odvráceného od světa, se zájmem o sebe sama a vyhýbáním se společností. Za extrém bychom uvedli „schizoidní poruchu osobnosti“. Tyto typy podle rozvinutých základních funkcí „já“ (myšlení, cítění, vnímání, intuice) vytváří 8 typů osobnosti (Höschel, 2002).

Humanistická psychologie na rozdíl od behaviorismu, jež nahlíží na osobnost jako na soubor zvyků, zdůrazňuje filozofická východiska a vlastní potenciál člověka k osobnostnímu růstu. Podstatu člověka považuje za dobrou a soustředí se na hierarchii potřeb.

Kognitivní přístup nestaví do centra osobnost jako takovou, ale zdůrazňuje způsob zpracování informací.

Definice osobnosti existuje velké množství a liší se jak svým významem, tak i pojetím. Pro uvedení do problematiky pojetí osobnosti jsme proto vybrali širší výchozí rámec a snažili se do něj zasadit zmíněné kategorie. Autoři psychologických teorií osobnosti zdůrazňují odlišné pojetí, proto je vhodné uplatňovat při studiu osobnosti hledisko interakční, které nahlíží na chování jako na interakci mezi dispozicemi osobnostními a situačními (Höschel, 2002).

### 3. Porucha osobnosti

V rámci klinické praxe se definice poruch osobnosti zaměřují na osobnost jako na „*soubor relativně trvalých vlastností, které se vytvářejí v průběhu vývoje a předpovídají schopnost adaptace na okolí*“ (Höschel, 2002, str.528). Každá osobnost je stavěna na biologickém základě a je ovlivňována kulturně a společensky při působení individuálního vývoje. Při definování osobnosti je důležité zmínit slovní spojení „relativně trvalých vlastností“, neboť osobnost, díky celoživotnímu se vyvíjení, není neměnná.

V ohnisku našeho zájmu je hraniční porucha osobnosti, proto se zaměříme pouze na část spektra poruch osobnosti.

Porucha osobnosti představuje významné odchylky od způsobů, jak průměrný člověk v dané kultuře myslí, cítí, vnímá a vytváří si interpersonální vztahy (Smolík, 2002).

DSM-IV označuje poruchu osobnosti za „*přetrvávající vzorec nebo profil vnitřní zkušenosti a chování, který se výrazně odchyluje od toho, co očekává a vyžaduje příslušná kultura a společnost, je stabilní a vede k vnitřním potížím, nepohodě a tísní či k všeobecnému funkčnímu poškození*“ (Höschel, 2002, str.528).

Praško vychází z předpokladu, že „*poruchy osobnosti jsou variantou charakterových a temperamentových rysů, které se významně odchylují od rysů patrných u většiny lidí. K těmto rysům patří hluboce zakořeněné a přetrvávající vzorce chování, projevující se jako stereotypní reakce na široký rozsah osobních a sociálních situací*“ (Praško, 2003, str.15).

Millon stanovil devět předpokladů pro pochopení poruch osobnosti (Praško, 2003, str.77):

1. Poruchy osobnosti nejsou nemocemi.
2. Poruchy osobnosti jsou vnitřně odlišné funkční a strukturální systémy, ne vnitřní homogenní jednotky.

3. Poruchy osobnosti jsou dynamické systémy, nikoli statické, neživé nálepky.
4. Osobnost se sestává z mnohočetných jednotek na mnohočetné úrovni zpracování dat.
5. Osobnost existuje na kontinuu. Neexistuje ostrá hranice mezi normalitou a patologií.
6. Osobnost patologie není přímočará, ale postupná interaktivní a mnohočetně založená do celého systému.
7. Kritéria patologie osobnosti by logicky měla být koordinována již v samém modelu poruch osobnosti.
8. Poruchy osobnosti mohou být vyšetřeny, ale ne definitivně diagnostikovány.
9. Poruchy osobnosti vyžadují strategicky plánované a kombinované způsoby taktické intervence.

Podle výsledků výzkumů prevalence poruch osobnosti neustále narůstá. Otázkou je, zda dochází v populaci k růstu počtu osob trpících poruchami osobnosti či zda zvyšující se čísla svědčí o lepší rozpoznatelnosti poruch osobnosti, častějšímu diagnostikování než tomu bylo dříve nebo nižší toleranci jakékoliv odchylky.

Hodnota procentuálního výskytu poruch osobnosti v celkové populaci je založena na kritériích, z nichž bylo ve výzkumu vycházeno. Smolík (2002) udává 6 - 9 % ve stejném poměru žen a mužů. Balon, Kosová a Praško (Höschel, 2002 ) se kloní k rozmezí 11 – 23 %.



## 4. Hraniční porucha osobnosti

### 4.1 Vývoj diagnózy a současné koncepce

Kdo první použil termín „hraniční“ v psychologii či psychiatrii není zcela zřejmé. Když se podíváme hlouběji do minulosti, s prvními zmínkami, které se týkaly osob u kterých dochází k převratným změnám nálady a protichůdným postojům se můžeme setkat již v antické literatuře. Tyto vzorce chování pojmenoval v roce 1684 termínem „folie maniaco-melancolique“. Falret ve své práci z roku 1854 používal pojem „folie circulaire“ a Baillarger „folie a double forme“. Falret poté popisuje termínem „folie hysterique“ emoční rozkolísanost u pacientů, jež dokáže „měnit lásku v nenávisť, sympatií v odpor a touhu v odmítání“ (Faldyna, 2000, str.8). Nejčastěji je citován Hughes, který v roce 1884 napsal, že „na hranici duševní choroby (*borderline of insanity*) se pohybuje mnoho lidí, kteří jsou v její blízkosti jednou po té, jindy po oné straně“ (Boleloucký, 1993, str.15).

V moderním smyslu vzato je koncept hraniční poruchy osobnosti datován do doby před 60 lety. V roce 1938 použil termín „hraniční“ Stern (Millon, 1996), který tak označil pacienty nespádající ani do kategorie neurotiků, ani do kategorie psychotiků a jsou někde mezi. Tuto skupinu pacientů označil za „hraniční skupinu neuróz“. Používání pojmu HPO jako samostatné jednotky se datuje do padesátých letech dvacátého století. Jasná a přesná kritéria však zatím nebyla zcela upřesněna. Do této doby můžeme zařadit Knighta, který „popsal hraniční poruchu osobnosti u níž vyzdvihl důležitost přítomnosti slabosti ega jako základní podmínku pro charakteristiku „borderline“ (Faldyna, 2000, str.9). Hraniční stavy osobnosti popisuje „oslabením normálních ego funkcí, čímž míní sekundární proces myšlení, integrace a realistické plánování, adaptaci v prostředí, trvalost objektivních vztahů a obrany vůči primitivním nevědomým impulzům“ (Faldyna, 2000, str.9).

Faldyna (2000) jmenovitě uvádí Deutschovou, Schmidebergra, Rada či Essera, jež se rovněž zabývali touto problematikou.

V druhé polovině dvacátého století se začínalo povědomí o HPO mezi odbornou veřejností rozšiřovat a šedesátá léta přicházejí se spojením tří nezávislých výzkumných proudů (Gunderson, 2000).

Kernberga můžeme pokládat za hlavního představitele prvního proudu. Hraniční organizaci osobnosti vystihuje z psychoanalytického hlediska a zasazuje „vývoj hraniční patologie do kontextu vývoje ego struktury“ (Faldyna, 2000, str.11). Domnívá se, že existují 3 na sebe navazující, spíše diskontinuální hierarchické hladiny organizace osobnosti (Boleloucký et al, 1993). Rozděluje hladinu neurotickou, hraniční a psychotickou. Každá má organizační vzorec a vnitřní stabilitu, a tak „*hladiny představují hierarchii motivačních systémů vázaných na internalizované vztahy k objektu*“ (Boleloucký, et al, 1993, str.55).

Reprezentantem druhého proudu byl Grinker (Gunderson, 2000), který v roce 1968 napsal knihu zabývající se touto tématikou s názvem „*The borderline syndrom*“. Mezi hlavní kritéria pro diagnostikování této poruchy uvádí vztek jako převládající afekt, narušení v interpersonálních vztazích, absenci konzistentního prožití identity a depresi jako životní charakteristiku (Faldyna, 2000).

Třetí proud bychom mohli označit za biologický, protože jeho hlavním cílem bylo zkoumání biologických determinant schizofrenie. Tyto výzkumy však „*stimulovaly další odborníky pro obdobný výzkum hraniční poruchy osobnosti a posunuly jej tak z pouhé teorie do oblasti genetiky a biologického zkoumání*“ (Patlichová, 2008, str.19).

Gunderson shrnul čtyři relativně rozlišné klinické projevy, jež se u hraničních pacientů nacházely:

1. Určití pacienti fungovali dobře a zvládali zvláště strukturované psychologické testy, zatímco v nestrukturovaných testech prokazovali dysfunkční myšlení.

2. Značný počet jedinců, kteří se zpočátku jeví jako vhodní k psychoanalýze, na léčbu reagovali jen málo, často požadovali ukončení léčby a hospitalizaci.
3. Část pacientů měla tendenci ke zhoršování projevu během podpůrných, psychoterapeutických programů při hospitalizaci, čímž se od jiných pacientů lišila.
4. Tito jedinci vyvolávali intenzivní vztek a pocit bezmocnosti u personálu, který se podílel na jejich léčbě.

(Gunderson, 2000; Faldyna, 2000, str.12).

Při dalším zkoumání těchto pacientů se Gunderson a jeho kolegové zaměřili na diferencionální diagnostiku hraničních poruch a snažili se popsat a jasně vymezit tuto poruchu od schizofrenních a neurotických symptomů (Millon, 1996).

Za základní symptomy tohoto onemocnění považovali intenzivní nestabilní vztahy, opakované destruktivní chování, strach z opuštění a ze samoty, zkreslené myšlení a vnímání týkající se interpersonálních vztahů a svého okolí, zvýšenou citlivost k neverbální komunikaci, impulzivní chování, jehož zapříčiněním se dostávají do problémů jak ve vztazích k blízkým osobám, tak i ostatnímu okolí. V neposlední řadě je to chudá sociální adaptace, jež se projevuje nepochopením své sociální role v pracovním či rodinném prostředí (Faldyna, 2000, str.13).

Tato symptomatologie dala za vznik „Diagnostického rozhovoru pro hraniční osobnosti“ (Diagnostic Interview for Borderline Patients) jež sloužil jako vodítko pro další klasifikace jako je například DSM-III (Gunderson, 2000, str.5).

#### ***4.2 Obecné informace k hraniční poruše osobnosti***

Torgersen (Oldham, Skodol, Bender, 2005) odhaduje, že v běžné populaci trpí hraniční poruchou osobnosti 1–2% a je nejčastější poruchou

osobnosti (Oldham, Skodol, Bender, 2005). Tuto diagnózu předpovídají Widinger a Frances u 10% ambulantně léčených pacientů a u 15-20% pacientů hospitalizovaných (Oldham, Skodol, Bender, 2005)

Skodol (2005) ukazuje zhoršení v běžném fungování u HPO a předkládá, že úmrtnost způsobená sebevraždou je o 10 – 50 % vyšší ve srovnání s běžnou populací.

Výzkumy ukazují (Dimaggio, 2007), že pacienti mají určité potíže ve schopnosti porozumět sami sobě a své mysli, sjednotit své představy o vlastní osobě a rozlišit mezi skutečností a fantazií. Kernberg a Ryle zdůraznili nejednotnost mezi různými stavy mysli, z nichž má každý vlastní vnitřní soudržnost a vědomí. I když některé emoční projevy a názory jsou v souladu ostatními, jiné mohou jít protichůdně (Dimaggio, 2007, str.48).

Ego hraničního pacienta udržuje rozštěp jako základní mechanismus obrany, přičemž schopnost represe zůstává nerozvinuta. Rozštěp jako mechanismus obrany hraniční roviny organizace osobnosti slouží k separaci vzájemně protikladných, střídavě vědomých představ o sobě a objektu za účelem vyhnutí se nepříjemné ambivalenci a úzkosti (Boleloucký et al., 1993, str.59 cit. dle Kernberg, 1967).

Klasifikace DSM-III-R rozumí štěpením „*mechanismus, kterým osoba vidí sama sebe nebo druhé buď jako zcela dobré nebo naopak úplně špatné, a není schopna integrovat pozitivní a negativní aspekty sebe a druhých do souvislých obrazů; subjekt často stejnou osobu střídavě idealizuje a podceňuje*“ (Boleloucký et al., 1993, str.59).

Kdybychom pohlédli na tuto problematiku z hlediska psychoanalýzy, nejdůležitějším znakem hraniční osobnosti by byla nestabilita objektních vztahů. Ta vede ke stálému pocitu vnitřní prázdnoty a nudy. Podle teorie objektních vztahů (Praško, 2001; Křivková, 2002; Boleloucký, 1993) se vyvíjejí objekty jako objektivní reprezentace tak, že jsou spojovány s afekty. V raném dětství nejsou integrující funkce ještě dostatečně vytvořené, a proto jsou objekty prožívané buď jako dobré nebo

jako zlé. Teprve později dochází k vytvoření stabilních a realistických objektivních reprezentací, kde dítě může integrovat i dobré i zlé aspekty jednoho objektu.

Podle ego-psychologie (Praško, 2001, str.47-51) normální dítě prochází čtyřmi stadii, ve kterých si vytváří integrovanou duševní reprezentaci sebe a druhých:

1. V prvních měsících vývoje jsou dítě a matka (já-self a objekt) v dětské mysli nerozlišitelné.
2. Aby bylo úplné, dítě si představuje dvě dyády: dobré vlastní self a dobrou matku, a zlé vlastní self a zlou matku (rozlišuje mezi dobrým a zlým, nikoliv mezi matkou a sebou).
3. Dítě si začíná sebe sama představovat odděleně od matky.
4. Integrace dobrého a zlého vlastního self umožňuje začátek sebekoncepcie. Objekty a vlastní self už nejsou buď dobré, nebo zlé, ale jsou integrací obou.

#### Obrázek č.1

*Tabulka 1: Typické vzorce chování u hraniční poruchy osobnosti (Linehanová 1989)*

aktivní pasivita	pasivní bezmocný přístup k problémům spojený s aktivním požadavkem o pomoc u blízkých
„pseudo“-kompetence	na první dojem vyvolaný pocit „kompetence“ často mýlí okolí, navíc kompetence k řešení problémů kolísá enormně v čase
permanентní krize	neschopnost zvládat lehké krizové situace a neschopnost vrátit se na neutrální úroveň emočního fungování po odeznění krize
potlačovaný smutek	část negativních emocí, jako je truchlení nebo smutek, je potlačovaná, což neumožňuje integraci ztrát přes smutkovou práci, potlačovaný smutek pak vytváří frustrující pozadí při překonávání nových krizových zkušeností

(Praško, 2001, str. 49)

## **4.3 Diagnostická kritéria HPO**

### **4.3.1 Diagnostická kritéria HPO podle MKN-10**

Dle mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN, 2000) řadíme hraniční poruchu osobnosti do skupiny F 60, specifické poruchy osobnosti, kategorie F 60.3, tedy pod emočně nestabilní poruchu osobnosti. Mezi emočně nestabilní poruchu osobnosti řadíme ještě druhý typ osobnosti nesoucí kód F 60.30 a jež je označován jako Impulzivní typ (MKN-10, 2000, str.198).

Kategorie specifických poruch osobnosti je typická narušením charakteru osobnosti a jednání jedince a zahrnuje několik oblastí osobnosti. Charakteristické je souběžné osobní a sociální selhání. Poruchy osobnosti se začínají projevovat v pozdějším dětství a adolescenci a rozvíjejí se dále v dospělosti. Z tohoto hlediska není doporučováno jedinci poruchu osobnosti diagnostikovat před dovršením osmnáctého roku života (MKN 2000).

K dispozici máme rovněž diagnostická vodítka, která se sdružují do kategorií. Popisují stavy, jež nelze přímo přisoudit poškození nebo onemocnění mozku nebo jiným psychickým poruchám (MKN, 2000, str.195).:

- 1. výrazně disharmonické postoje a chování, zahrnující obvykle oblast funkcí, např. efektivitu, vzrušivost, kontrolu impulzivity, způsoby vnímání, myšlení a styl vztahů k ostatním lidem,*
- 2. abnormální vzorec chování je trvalý, dlouhodobý a není omezen na epizody duševního onemocnění,*
- 3. vzorec abnormálního chování ovlivňuje celou osobnost a je jasně maladaptivní v širokém rozsahu osobních a sociálních situací,*
- 4. shora uvedené projevy se vždy projevují během dětství nebo dospívání a pokračují do dospělosti,*

5. *porucha vede ke značné osobní nepohodě, ale to může být zřejmé až v pozdějším průběhu,*
6. *porucha je obvykle, ale ne vždy, sdružena s významným zhoršením výkonu jak v zaměstnání, tak ve společenské oblasti.*

Hraniční typ je typický přítomností „několika charakteristik emoční nestálosti, navíc má pacient často nejasné nebo narušené představy o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích (včetně sexuálních). Obvykle má chronické pocity prázdnoty. Náchylnost k angažovanosti v intenzivních a nestálých interpersonálních vztazích může být příčinou opakovaných emočních krizí a může být sdružena s excesivními pokusy vyhnout se opuštěnosti řadou sebevražedných výhrůžek nebo sebepoškozujících činů (i když se také mohou vyskytnout bez zjevných příčin)“ (MKN–10, 2001, s.198).

**Kritéria pro F60.30** - „*Impulzivní typ emočně nestabilní poruchy osobnosti* (Smolík, 2002, s.369-370)

1. *musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti – F60 u nejméně tří kritérií z následujících charakteristik a jednou z nich musí být (2)*
2. *zřetelná tendence jednat neočekávaně a bez uvážení následků;*
3. *zřetelná tendence k nesnášenlivému chování a ke konfliktům s ostatními, zvláště když je impulzivní chování někým přerušeno nebo kritizováno;*
4. *sklon k výbuchům hněvu nebo zuřivosti s neschopností kontrolovat následné explozivní chování;*
5. *obtíže se setrváním u jakékoli činnosti, která nenabízí okamžitý zisk;*
6. *nestálá a nevypočitatelná nálada“.*

**Kritéria pro F60.31** „Hraniční typ emočně nestabilní osobnosti (Smolík, 1996, s.370)

1. *musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti – F60, nejméně tři kritéria B pro F 60.30 spolu s nejméně dvěmi z následujících :*
2. *narušená a nejistá představa o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích, včetně sexuálních;*
3. *sklon k zaplétání se do intenzivních a nestálých vztahů, které často vedou k emočním krizím;*
4. *přehnaná snaha vyhnout se odmítnutí;*
5. *opakované nebezpečí nebo realizace sebepoškození;*
6. *chronické pocity prázdnoty“*

#### **4.3.2 Diagnostická kritéria HPO podle DSM-IV**

Americký diagnosticko-statistický manuál (APA, 2000) označuje HPO kódem 301.83 a nese anglické označení Borderline personality disorder. DSM-IV (Smolík, 2002, str.370-371) považuje za hlavní příznaky nestabilitu v interpersonálních vztazích, sebehodnocení, emocích, nekontrolovatelnosti impulzů.

Pro dosažení diagnózy je u pacienta nutná přítomnost alespoň pět následujících příznaků :

1. *„horečné úsilí vyhnout se reálnému nebo domnělému odmítnutí;  
Poznámka: Nezahrnuje suicidální nebo sebepoškozující chování zahrnuté v kritériu 5.*
2. *projevy nestálých a intenzivních meziosobních vztahů, charakteristických střídáním extrémní idealizace a znehodnocování;*
3. *poruchy identity: trvalé a zřetelné narušené, převrácené nebo nestálé sebehodnocení nebo mínění o sobě;*



4. *impulzivita nejméně ve dvou potenciálně sebepoškozujících oblastech (např. utrácení, sexualita, abúzus látek, bezohledné řízení vozidla, záchvaty vlčího hladu) ;*

*Poznámka: Nezahrnuje suicidální nebo sebepoškozující chování zahrnuté v kritériu 5.*

5. *opakované suicidální tendence, pokusy, hrozby nebo sebepoškozující jednání;*
6. *emoční nestabilita vlivem výrazně reaktivní nálady (např. intenzivní epizodická dysforie, podrážděnost nebo úzkost obvykle trvající několik hodin a pouze zřídka déle než několik dnů);*
7. *chronické pocity prázdnoty;*
8. *zbytečně intenzivní rozhněvanost nebo ztráta kontroly nad hněvem např. časté projevy zlosti, neustálý hněv, opakované rvačky);*
9. *přechodné a se stresem související vztahovačné představy nebo těžké disociační příznaky“ (Smolík, 2002, str.370-371).*

V této podkapitole jsme se seznámili se stručným přehledem vývoje diagnózy hraniční poruchy osobnosti a ukázali si hlavní projevy a mechanismy chování hraničních pacientů. Přiblížili jsme obtížnost diagnostikování HPO a představili dva modely, jež se k diagnostikování této poruchy osobnosti užívají na evropském a americkém kontinentě. Každý ze zmíněných diagnostických modelů má své příznivce, i odpůrce, kteří se liší v preferování „kategoriální“ či „dimenzionální“ klasifikace. Pro kategoriální klasifikaci, jež zastupuje Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), reprezentují jednotlivé poruchy kvalitativně odlišné klinické poruchy a je založena na popisu dlouhotrvajících rysů osobnosti. Dimenzionální klasifikace, jež vytváří alternativu, je založena na předpokladu, že poruchy osobnosti představují sociálně nežádoucí varianty rysů osobnosti a vzájemným prolínáním přecházejí do normy (Smolík, 2002, str.58).

#### 4. 4 Etiologie

Původ vzniku hraniční poruchy není zcela znám. Autoři, zabývající se touto problematikou (Gunderson, Hoffman, 2005) se kloní k různým příčinám jejího vzniku a přiřezují jim rozdílnou závažnost. Za jednu z možností je považován podíl hereditu. Existuje názor (Gunderson, Hoffman, 2005), že vrozené zvláštnosti se u HPO projevují především v projevech úzkosti a citové labilitu, kognitivní deregulace, problémech s identifikací a nejistou vazbou.

Biologické studie ukazují, že *„jak emocionální labilita souvisí se zvyšující se citlivostí cholinergního a adrenergního systému v mozku, tak i impulzivita má spojitost se snižující se aktivitou neurotransmitéru serotoninu. Co se podílů organicity týče, hraje roli perinatální poranění mozku, encefalitida a poranění hlavy“* (Smolík, 2002 str.371).

Za psychologické zdroje této poruchy osobnosti považujeme ztrátu rodiče před šestnáctým rokem věku dítěte, týrání dítěte, nedbalé a odmítající rodiče, stejně tak jako nízkou rodinnou kohezi (Gunderson, Hoffman, 2005).

Častým prvkem v anamnéze je rovněž sexuální zneužívání, jež je dvakrát až třikrát častější u žen než u mužů. Linehan (Linehan, 1993) prezentuje výsledky Stona, které ukazují, že 75% z hospitalizovaných pacientek bylo sexuálně zneužíváno. Srovnání mezi hraničními pacienty a ostatními psychiatrickými pacienty, se projevovalo rozdílem 86% ku 34% (Linehan, 1993).

Z toho vyplývá, že jednoduché vysvětlení či nalezení jedné příčiny, která by odhalovala původ HPO, nejsou možné. Přibývají hypotézy, jež předkládají model, který slučuje jak podíl genetických dispozic (osobnostních rysů, biologické vulnerability), tak okolních faktorů (psychosociální rizikové faktory) (Gunderson, Hoffman, 2005).

## **4.5 Strukturální stránka HPO**

### **4.5.1 Struktura hraniční organizace osobnosti dle Kernberga**

V této části práce čerpáme především z Bolelouckého (Boleloucký, 1993, str.61-70), který mezi hlavní prvky hraniční organizace uvádí nespecifické známky slabého ega, primitivní obrany, poruchy identičnosti, poruchy meziosobních vztahů a primitivní afekty.

#### **4.5.1.1 Nespecifické známky slabého ega**

K nespecifickým známkám můžeme řadit sníženou schopnost snášet úzkost, ovládat vlastní emoce a impulzivitu, nedostatek sublimačního potencionálu (projevuje se nedostatkem hedonismu, tvůrčí radosti).

#### **4.5.1.2 Primitivní obrany**

Hlavní formou, kde tyto obrany můžeme pozorovat, je již zmiňovaný rozštěp. Dále zde řadíme primitivní idealizaci a projektivní idealizaci, omnipotenci, devalvací a další.

Rozštěp se v klinické praxi projevuje neschopností prožít ambivalentní prožitky, nerozhodností, kolísáním představ o vlastní osobě, impulzivitou, sklonem k dramatickým prožíváním.

#### **a. Neschopnost prožít ambivalenci**

Díky této ambivalenci nedokáže jedinec vidět osoby či činy objektivně – vidí pouze jejich dobré nebo špatné stránky. Nedokáže vnímat „střední cestu“. Jednou svět idealizuje, podruhé zase devalvuje, což může způsobovat posuny od jednoho krajního postoje k druhému. V reálném chování to má za následek nepevnost postojů a interpersonálních vztahů stejně tak jako nevypočitatelnost reakcí.

### **b. Nerozhodnost**

Díky rozštěpu je pro hraniční pacienty okolí rozděleno na vylučující se dobré a špatné elementy.

Tato jejich nerozhodnost je patrná tím, že se přikloní bez váhání k jedné straně, aby za pár minut svá rozhodnutí odvolali a přidali se naopak ke straně druhé.

### **c. Kolísání představ o sobě**

Díky pozitivně a negativně emočně nabitým zážitkům dochází ke změnám v jejich sebehodnocení. Jednou se cítí hraniční pacient úspěšný, výkonný, oceňovaný, milovaný, aby se za okamžik cítil méněcenně, hloupě, neschopně a sám. Oba dva tyto typy prožívání se však u těchto subjektů nespojí v ucelený realistický celek o sobě, ale fungují jakoby paralelně vedle sebe.

### **d. Impulzivita**

Impulzivita je typická častými hádkami, rvačkami, různými druhy závislostí, útěky, promiskuitou, sebepoškozováním, mnohokrát i bez konkrétního a zjevného podnětu.

To může hraničním osobnostem způsobovat problémy v jejich aktivitách a vztahu k okolí.

### **e. Tendence k zesilování afektů**

Osobnost může vnímat emoce silněji, než by daná situace předpokládala. Tento sklon k silnějšímu prožívání se může projevovat vztekem, agresí, ale také výraznějšími pozitivními reakcemi.

### ***4.5.1.3 Poruchy identičnosti***

#### **a. Rozptýlená identičnost**

Difúzi identičnosti bychom mohli popsat jako neschopnost trvalé vlastní totožnosti a sdílení charakteru.

Můžeme uvést následující znaky: protikladné rysy charakteru, diskontinuita osobnosti v čase, nedostatek autentičnosti, pocity prázdnoty, problém sexuální identičnosti a morální a etnický relativismus (Boleloucký, 1993, str. 65).

#### **b. Protikladné rysy osobnosti**

Hraniční osobnost může mít současně některé protikladné vlastnosti. Může být pro něj obtížné odhadnout záměry svého okolí i porozumět trvalejším rysů. Tyto charakteristiky můžeme sledovat v oblasti zájmů, cílů, koníčků. Cíle a zájmy se střídají, často jsou mezi nimi diametrální rozdíly a mohou měnit u pacienta představu o sobě samém.

#### **c. Diskontinuita v čase**

U tohoto bodu můžeme vidět nestabilitu v proudu minulých zážitků, současného prožívání a budoucích cílů. Pacient si často minulost vybavuje v blocích, některé časové úseky si nepamatuje, ostře odděluje současnost od minulosti. U některých osob je viditelná neschopnost vytvářet si plány či si představovat sám sebe v budoucnu. Mnohokrát nejsou schopni si ujasnit své cíle a co by chtěli ve svém životě dosáhnout.

#### **d. Nedostatek autentičnosti**

Tento znak je patrný v nedostatku kreativity, který si osoby vynahrazují přejímáním gest, frází či životního stylu ze svého okolí. Chovají se jako chameleóni, kteří mění způsob svého chování podle situace, okolí nebo doby.

#### **e. Pocity prázdnoty**

Ve chvílích kdy se ocitnou sami, nedokáží si „vystačit“ sami se sebou a prožívají pocity prázdnoty, samoty, cítí se „jakoby mrtví“. Ony pocity si snaží vynahradit přílišným obklopováním lidmi nebo již zmiňovanou impulzivitou.

#### **f. Problém sexuální identičnosti**

Pacienti si často nejsou jisti příslušnosti k danému pohlaví, nedokáží přebírat své sexuální role a nejsou si mnohokrát jisti svou sexuální preferencí.

#### **g. Morální a etický relativismus**

Hraniční osobnost má narušené představy o tom, co je morálně dobré či špatné, nenese si v sobě hodnoty, které jí byly vštěpovány v dětství. Objevují se protiklady v systému hodnot a její vystupování je spíš přebíráním hodnot ostatních a následným chováním se podle těchto zásad.

#### **4.5.1.4 Poruchy meziosobních vztahů**

Hraniční pacienti bychom mohli označit za osoby s poměrně chudou sítí interpersonálních vztahů. Díky rozštěpenému chování často své okolí nenávidí, aby jim za okamžik opět projevovali lásku. Tato vztahová nejednotnost je často patrná i ve vztazích mezi pacientem a terapeutem projevujíc se střídáním pozitivního a negativního postoje, který označujeme hraničním přenosem.

Sociální vztahy hraničního pacienta jsou často krátkodobé, povrchní a nestálé. Tyto osoby nejsou většinou schopny hlubokého citového vztahu s odpovídající mírou angažovanosti.

#### ***4.5.2 Diagnostická kritéria hraniční organizace osobnosti dle Kernberga)***

Kernberg (Boleloucký et al., 1993, str.74 cit. dle Kernberg, 1967; Christopher et al., 2001) rozlišil kritéria na příznaky specifické, nespecifické, obranné struktury a příznaky předpokládané.

##### ***Specifické příznaky:***

1. narušené interpersonální vztahy
2. porucha prožitku reality bez poruchy testování reality
3. protikladné rysy charakteru
4. poruchy identičnosti
5. agresivní a autoagresivní sklony spojené s obrazy objektů

##### ***Nespecifické příznaky:***

1. špatné snášení úzkosti a emočně náročných situací
2. špatné ovládání impulzů
3. nedostatek schopnosti sublimace
4. přítomnost primárních procesů myšlení

##### ***Obranné struktury:***

1. primitivní obranné operace vázané na mechanismus štěpení

##### ***Předpokládané příznaky***

Diagnostická hodnota předpokládaných příznaků závisí na již zmiňovaných dalších souběžných poruchách ega. Zde bychom mohli zmínit chronickou, difúzní a volně plynoucí úzkost (Psychological Disorders, 2010). Všímáme si polymorfních neurotických projevů z oblasti fobií, obsesí, kompulzí, hysterických projevů konverzních i disociačních a hypochondrií. Polysymptomatické sexuální deviace a sklony k nim vytváří možný symptom, stejně tak jako prepsychotické struktury osobnosti. Viditelné mohou být impulzivní neurotické projevy a addikce či poruchy osobnosti nižší roviny – osobnost hysterická, narcistická, depresivně-masochistická (Boleloucký, 1993, str.74).

Tento úsek čerpal především z Bolelouckého a měl za cíl představit nahlížení na hraniční organizaci osobnosti dle Kernberga. Za hlavní prvky hraniční organizace považuje nespecifické známky slabého ega, primitivní obrany, poruchy identičnosti, poruchy mezosobních vztahů a primitivní afekty. Toto rozdělení obohacuje o příznaky specifické, nespecifické, obranné struktury a příznaky předpokládané, které slouží k diagnostikování hraniční organizace.

#### ***4.6 Struktura osobnosti dle Theodora Millona***

Pojetí struktury osobnosti Theodora Millona je velice rozsáhlé a patří mezi nejkomplexnější pojetí poruch osobnosti vůbec.

Millon vytváří prototypy, které „kombinují kategoriální a dimenzionální přístup. Millonových patnáct „prototypů“ je doplněno vždy čtyřmi „subtypy“ platnými u dospělých osob. Prototypy a subtypy se Millon vyrovnává s nomotetickou i idiografickou klasifikací. Oproti tradičním prototypům jsou subtypy více specifické a idiografické. Kromě čtyř subtypů popisuje Millon u každého prototypu také „normální styl“, dále také tzv. „dětské syndromy“. Prototypy, jež jsou určeny na základě „teoretické dedukce“, představují teoreticky „ideální“ typy a vycházejí z historických zkušeností, zatímco subtypy jsou více podmíněny klinickými zkušenostmi“ (Preiss, 2003, str.91–95).

Díky obsáhlosti Millonovy práce v oblasti hraniční poruchy osobnosti jsme se rozhodli jeho diagnostický model podrobněji popsat a následující text z něj myšlenkově čerpá. Ve zdůvodněných příkladech jsme se přiklonili k otevřenému překladu kapitoly z jeho knihy Disorders of Personality (Millon, 1996, str.661 - 670 ).



#### **4.6.1 Diagnostický model**

I když jsou pacienti zařazeni do kategorie hraničních osobností, Millon poukazuje na široké spektrum klinických příznaků, jejíž některé části vystupují poměrně odlišně. Ty pak zařazuje do osmi klinicky významných oblastí.

##### ***4.6.1.1 Expresivní chování – náhlé, křečovitě***

Nevyzpytatelné vlastnosti hraničních pacientů jsou patrné především v rovině emocionální, rovněž je zjevná vysoká úroveň nedůslednosti a nerovnoměrnost ve všech aspektech jejich chování. To můžeme vidět na jejich hlasu i v oblečení. Jeden den jsou vhodně a hezky oblečení, aby na to druhý den přišli v oblečení nepatřičném a špinavém. Jeden den je jich hlas pln optimismu a energie, aby byl druhý den váhavý, pomalý a nemluvný. Typická je pro ně kolísavá úroveň energie, která může být doplněna o prudké, náhlé impulzivní výbuchy. Jejich aktivace a emoční rovnováha je neustále ohrožována vnitřními posuny, které mění jejich náladu, aktivaci a inhibici.

Díky nedostatku kontroly a intenzity emocionálních stavů mají tendenci k rekurentním sebevražedným nebo sebepoškozujícím pokusům. Pro povahu a chování hraničních pacientů je charakteristická prudkost, nevyzpytatelnost a impulzivita. Tyto jejich křehké, labilní a neudržitelné kvality kontrastují s cyklickou pravidelností změn jejich nálad.

##### ***4.6.1.2. Interpersonální chování – paradoxní***

I když osoby s HPO potřebují pozornost a náklonnost, ke svému blízkému okolí se chovají manipulativně a nestále. Jejich paradoxní chování způsobuje spíše odmítnutí než přijetí, po kterém tolik touží. Jejich strach z izolace u nich vyvolává výbušné chování, které opět způsobuje u ostatních opačné reakce, než by si přáli.

Sekundárním důsledkem jejich nejistého a nestabilního sebevnímání je, že se tyto osoby stávají závislými na ostatních. Potřebují nejen lásku a porozumění svého okolí, ale stávají se také zranitelní ve chvílích, kdy tyto jejich styčné body podpory odejdou. Izolace a osamění nejsou pro hraniční jedince hrozné pouze z důvodu nedostatku jejich vlastního sebevědomí, ale rovněž z důvodu chybějících prostředků, know-how, schopnosti dozrát ve vyspělou osobnost, soběstačnosti a samostatnosti. Nejsou schopni se o sebe adekvátně starat. Neobávají se pouze možné hrozby, ale často předvídají, co by se mohlo stát, i když okolnosti či chování ostatních tomu nenasvědčují.

Největší ambivalenci z osobnostních hraničních charakteristik můžeme vidět ve vztazích k druhým. Jejich separační úzkost je tím větší, čím je méně naplněna jejich potřeba závislosti. Obavy ze separační úzkosti jsou násobeny jejich činy, jako je odmítání druhých, tendence se nepodrobit a nepřizpůsobit, kterými se snaží chránit před potencionální ztrátou blízkých.

Mezi jejich hlavní aktivity, které je zaměstnávají, jsou snahy získat vztah. Dělají to několika způsoby. Trápí se a sebepopírají se za účelem stát se „lepšími lidmi“ s cílem být světu a okolí prospěšnými. Snaží se být druhým potřebnými, aby se vyhnuli opuštění. Často je jejich submisivní altruistické chování manipulací svého okolí, aby si vztah udrželi a zajistili si každodenní kontakt s druhými a ohleduplnější přístup.

Netolerance k pocitům opuštěnosti, prázdnoty a samoty, jež následují po neúspěšné vztahové závislosti, hromadí jejich úzkost, hněv a konflikt. Tyto nahromaděné pocity ústí v pravidelné projevy zloby a hněvu vůči ostatním. Svou tenzi se snaží nejdříve projevat nenápadně, často depresí, před těmi, na kterých jsou závislí a ke kterým pociťují náklonnost. U některých hraničních osob je depresivní chování, netečnost a apatie de facto vyjádřením zlosti a hněvu. Je to pro ně nástroj, kterým blízkým oplácejí to, že je opustili, zradili či se proti nim postavili. Melancholickou, smutnou náladou je manipulují do role, ve které by je

měli litovat, připoutat k sobě nebo „udělit lekci“. Typickým chováním v těchto situacích je přehánění kritičnosti situace, přenášení odpovědnosti na druhé nebo vytváření atmosféry napětí mezi těmi, kteří je zklamali se snahou je proti sobě obrátit. Suicidální hrozby, gabling a ostatní sebepoškozující chování mají funkci nástroje k vydírání a vyhrožování.

#### ***4.6.1.3. Kognitivní styl – nevypočitatelný***

Pro osoby s hraniční poruchou osobnosti jsou typické velké změny v prožívání, fluktuace, protikladné vnímání a myšlenky týkající se osob a událostí. Nejen, že mají protichůdné emoce, ale mají i rozdílný přístup jak k sobě samým, tak i ostatním. Jejich reakce může jít od velké zamilovanosti v jednu chvíli, přes projevy zlosti v druhou, aby skončila pocity viny za projevované emoce. Toto nejasné, paradoxní chování vyvolává podobné konfliktní a nechápavé projevy u okolí.

Nejvýznamnějším problémem u hraničních osob je nedostatek stálého přístupu k formování postojů, chování a emocí. Typická je neschopnost dát svému životu soudržnost, směr při koordinaci svých činů a cílů či ovládnutí impulsů. Cítí se nejistě a izolovaně, kolísají, chovají se jako dítě zabývající se tu jednou, tu druhou věcí. Pod zvyšujícím se tlakem náhlého vzestupu a neschopnosti udržet si jasný pohled, sklouzávají k psychotickým myšlenkám, paranoidním představám či disociativnímu chování.

#### ***4.6.1.4 Sebeobraz – nejistý***

Charakteristické pro jedince s HPO je prožívání nesrozumitelnosti z nevyzrálého a rozkolísaného obrazu vlastní identity s častými pocity prázdnoty. Mají problém při zachování trvalého vnímání kdo jsou, mění se jejich sebe prezentace. Jsou bez smyslu života, neschopni využít své energie a vyřešit svou životní dráhu či zaujmout postoj, který by měl za

následek vytvoření stabilního a jednotného sebeobrazu. Rovněž působí velice rozporuplně, což reflektuje nedostatek jejich vnitřní koheze a rozštěpení. Část jejich schizmatické psyché může být rozdělována a promítána do druhých jako nástroj matení a ovládání.

#### ***4.6.1.5. Reprezentace objektů: nesnášenlivost***

Když odvozujeme z chování a myšlení hraničních osobností, můžeme si všimnout, že jejich vnitřní reprezentace objektů postihuje základní a nouzové rozdělení dispozic a obrazců. Rané učení týkající se důležitých osob v jejich okolí bylo několikrát jakoby přerušeno, což má za následek konfliktní vzpomínky, odporující si postoje, neslučitelné potřeby, nevyzpytatelné impulzy a problémy při řešení konfliktních situací.

Hraniční osobnosti mají tendenci snižovat svou hodnotu a nevěří proto, že osoby, na kterých byly v minulosti závislí, o nich mohou mít i dobré smýšlení. Díky tomu jsou přesvědčeni o tom, že i ostatní je musí vnímat jako zbytečné a že je opustí. Proto se snaží získat pozornost sebepoškozujícími činy, sebezprosazujícím nebo zlostným, impulzivním chováním. Díky tomu, že nejsou schopni vnímat jak pozitivní, tak negativní vlastnosti dané osoby a sloučit je do jednoho obrazu, jsou přesvědčeni o tom, že i ostatní je vnímají tímto způsobem. Na základě tohoto mechanismu se jejich vzorce chování, myšlení a cítění vydělí do dvou polarit a druhé pak vnímají jako naprosto dobré nebo špatné. Jejich vnímání druhých pak kolísá mezi absolutní idealizací na straně jedné a devalvací na straně druhé.

Tento způsob vnímání způsobuje hraničním jedincům pocity diskomfortu, které vedou k rozpadu jejich identity a k separační úzkosti.

Za minulé snahy o prosazení a nezávislost mají pocity viny. Toto jejich hledání může vůči nim u druhých vyvolat posměch a izolaci a vede k cyklickému chování nedůvěry a zlosti. Střídají se u nich ambivalentní

pocity pramenící obav z pohlcení druhou osobou na jedné straně a strach z opuštění na straně druhé.

#### ***4.6.1.6. Regulační mechanismy – regrese***

Za významné regulační mechanismy u hraničních pacientů považujeme s narůstajícím stresem jejich tendenci k ústupu na vývojově nižší úroveň tolerance úzkosti, kontrolu impulzů a sociální adaptaci. U adolescentů, u nichž nacházíme hraniční tendence, můžeme vidět neschopnost zvládnout požadavky dospělých a životní peripetie z jejich infantilního chování. Hostilita, typická pro hraniční jedince, je uvádí v jakési nebezpečí. Odpor k druhým, ohrožování jejich osoby či impulzivní reakce vyvolávají u druhých reakce obracející se proti hostilitě hraničních osob, jejich zamítnutí a opuštění. Tedy toho, čeho se osoby s HPO nejvíce obávají. Stává se, že místo svého okolí zvolí za nenávistný cíl sami sebe a obrátí ho dynamicky proti sobě. V těchto případech se obviňují, trpí pocity viny a méněcennosti. Tímto sebeobrazem se snaží kontrolovat své hostilní jednání a odvrátit nepřátelskou reakci okolí. Čím hlouběji jsou nepřátelské impulzy zakořeněny jako jejich forma sebevyjádření, tím silněji musí být tyto pocity potlačeny. Protože se u těchto pacientů bude projevovat jejich hněv častěji a ničivěji, o to víc se musí snažit sami sebe „vysvobodit“. Avšak místo toho, aby napravili, co způsobili a stáhli se do ústranní, chovají se krutě a prohlašují o sobě, že jsou pohrdáni hodnými lidmi. Odsuzující sebeobviňování může přerůst do bludných rozměrů a nedokážou racionálně vnímat vlastní osobu. To má za následek sebepoškozující činy a další destruktivní chování.

#### ***4.6.1.7. Morfologická organizace – Rozštěpení***

Strukturální koncept označovaný „štěpení“ je příhodný pro charakterizování hraniční intrapsychické organizace osobnosti. Jejich

mysl zahrnuje vnitřní struktury, které existují v konfiguracích od sebe ostře oddělených a konfliktních. Je zde patrný nedostatek systematického uspořádání a kongruence mezi složkami jejich mysli. Úroveň vědomí se často posunuje sem a tam. Podobně se rychlé změny dotýkají kontrastního vnímání, vzpomínek a afektů. Tento nedostatek kontroly a soudržnosti vytváří periodické a vážné rozkoly v psychické struktuře a soudržnosti mysli, se znatelnou náchylností k přechodné, stresové psychotické epizodě.

Hraniční osobnosti mají i přes svou snahu, ambivalentní intrapsychické prožívání. Ačkoliv vědí, že když se vzdají své minulosti, nemohou nikdy získat důvěru jiných, přesto doufají, že se tomu tak stane a najdou klid a bezpečí, po kterém tolik touží. Úzkost z osamění přechází v ještě větší úzkost a žene je do závislých vztahů, které pro ně představují riziko samoty. Osoby s HPO jsou si vědomy, že zlost, kterou cítí není jen reakcí na to, že se musí osobám, na kterých jsou závislé přizpůsobit, ale uvědomují si také jejich „sílu“, jež je vede k tomu, aby si přivykli. Stojí před rozhodnutím, zda od osob, na kterých jsou závislí, odejít, osamostatnit se a být sami, nebo přiznat svůj strach z osamocení a získat tím alespoň částečný pocit bezpečí a jistoty.

Ve snaze ovládnout svou zlosti a omezení svého rozladění, obražejí se hraniční jedinci proti sobě v sebekritickém a sebeodsuzujícím chování. Opovrhují sami sebou, jak se to naučili ze zpětné vazby ostatních. Kromě úzkosti a vnitřního konfliktu na sebe přebírají vinu, ponižují se a litují. Při těchto pocitech utíkají k pro ně charakteristické formě úlevy, k sebepoškozování a pravidelným sebedestruktivním činům.

#### ***4.6.1.8 Nálada /temperament – labilní***

Nejpozoruhodnější vlastností hraničních jedinců je jejich intenzita afektů a proměnlivost chování. Nejvíce patrné je to v neshodě jejich proměnlivých nálad s vnější realitou. Přecházejí z nálady normální do deprese nebo naopak do excitovaného stavu. Období deprese a apatie se

střídají s epizodami nepřiměřeného a intenzivního hněvu, následují krátké záchvaty úzkosti nebo euforie.

Rychlé střídání nálad a postojů, jak jsme se již zmínili, patří k nevyhnutelnému a každodennímu chování, které se pojí s obdobím, kdy nad svými činy ztrácí kontrolu. V těchto chvílích je pro ně typický dominantní postoj, sebelítostivý a depresivní tón, jež má za následek úzkostný neklid, impulzivní výbuchy a zlost. Sebedestruktivní a sebepoškozující chování, které se událo, později uznávají za iracionální a směšné.

#### ***4.6.2 Vzorové varianty***

Jak již bylo popsáno výše, existuje z klinického hlediska mnoho variant „hraničního“ způsobu adaptace a tyto typy se budeme snažit v následujícím textu přiblížit.

##### ***4.6.2.1 Syndromy v dětství***

Když bychom se snažili charakterizovat jednání u dětí, které by mohlo předpovídat hraniční poruchu osobnosti, můžeme nalézt jisté shodné syndromy, jako je nepředvídatelné chování, proměnlivé a špatné nálady. Často jsou známi pro svou rozmrzelost, roztěkanost, hyperaktivitu, se sklony k těžkým záchvatům hněvu bez zjevné příčiny. Někteří z nich jsou naopak přítulní, bázlivi, nechtějící se rozloučit se svými rodiči. Objevují se u nich nezvyklé fobie a hypochondrické chování.

Někteří odborníci konstatují, že kořeny této nemoci můžeme nalézt na začátku adolescence a rané dospělosti. Patrný je u těchto jedinců deficit v oblasti pozornosti, hyperaktivita, opožděný nervový vývoj a jeho vysoká senzitivita. Kromě biologických původců nalézáme i příčiny psychologické, jak jsme se již zmínili výše, jako je vliv rodiny, rodinných vztahů, týrání a sexuálního zneužívání. Nakolik je HPO způsobena

biologickými procesy a nakolik psychologickými zkušenostmi není ještě zcela rozluštěno.

V této problematice můžeme najít určitou paralelu mezi Millonovými „adolescenčními difúzními reakcemi“ a koncepcí Erika Eriksona a jeho „krizí identity“. Pro tyto mladé lidi jsou typické vágní pocity apatie a znučenosti, neschopnost vidět ve věcech jejich smysl, nejasná existence a neschopnost zaměřit se na svůj životní cíl. Zaměřují se na život „ted' a tady“ a nepřipouští si důsledky svého chování. Cítí se izolováni od společnosti a mají sami o sobě špatné mínění. Tato difúze v jejich chování přichází nejčastěji okolo sedmnáctého a osmnáctého roku věku, tedy v době, kdy adolescenti odchází na vysoké školy nebo se osamostatňují. I tyto pokusy o osamostatnění přinášejí problémy, neboť se pouštějí do akademického světa bez dostatečné disciplíny s chybějícím uceleným souborem hodnot. Neuznávají konvenční výchovu, nerespektují základní normy společenského fungování. To vše má za následek odchod z akademické oblasti a pokusy o naplnění svého statutu promiskuitním chováním či braním drog, které jim však nepřináší onen očekávaný efekt.

#### ***4.6.3 Subtypy hraniční osobnosti v dospělosti***

Z výzkumů Millona vyplývá, že hraniční vzorce se téměř vždy v různé míře překrývají se vzorcem chování ostatních poruch osobnosti. Pozorujeme krátké epizody impulzivity, emoční nestálost, zlost, sebedestruktivní počiny a podobně. Ostatní poruchy osobnosti se však od sebe navzájem liší frekvencí, délkou, intenzitou a mírou závažnosti těchto aktivit.

V následujícím textu rozdělíme subtypy HPO podle jejich klinických rysů.



#### **4.6.3.1 Subtyp vystrašený**

Mezi tyto subtypy patří poddajní a submisivní jedinci, kteří se vyhýbají odpovědnosti, chybí jim iniciativa, jsou chronicky smutní až depresivní. Mají jednu či dvě osoby, ke kterým jsou připoutáni a nemají strach se s nimi podělit o své myšlenky nebo city a jsou k nim loajální a pokorní. Tato vazba jim však nezaručuje plné bezpečí. Ve svém životě nejsou pevně zakotveni a jejich psychická rovnováha není dostatečně stabilní. Jejich stálé pochybnosti je vedou k tomu, že se fixují na osobu a tím ztrácí zbytky své autonomie. Neustálá nejistota je vyčerpává a stávají se z nich osoby depresivní, sklíčené, bez naděje. Běžné aktivity je vyčerpávají a život jim připadá prázdný a těžký.

Někdy se paradoxně snaží svou skleslost překrýt optimismem a dobrou náladou. Ti, co jsou submisivní, se na krátký čas snaží vymanit ze svého „nastavení“, krátkodobě se chovají dominantně a své chování doplňují výbuchy hněvu a vyčítání. Reakce pak přecházejí do strachu, aby je jejich nejbližší po takovém chování neopustila vyvolávají u hraničních jedinců paniku a pláč. V takových okamžicích potřebují oporu. Připadají si nicotní a nepotřební. Typické je pro ně prožívání tenze a následné výčitky. Jako formu sebepotrestání za svůj hněv, chování a zlost reagují sebepoškozujícími činy.

#### **4.6.3.2 Subtyp impulzivní**

Impulzivní hraniční typy mají v rámci patologických projevů podobné rysy jako histriónská a antisociální porucha osobnosti. Tito lidé jsou nevypočitatelní, vyhýbaví, povrchní a svůdní. V důsledku toho pozorujeme více extrémního úsilí vyrovnat se s událostí, z nichž mnohé slouží jen k udržování a prohlubování jejich problémů.

Impulzivní typy jsou deprivováni nedostatkem pozornosti a odměn, po kterých touží, a proto zintenzivňují své strategie svůdnosti a nezodpovědnosti. Jsou přehnaně radostní, chlubí se svými přednostmi a jsou nenasytní k potřebě sociálního kontaktu a vzrušení. V obavách

o pozornost a pochvalu jsou přehnaně pohostinní, iracionálně a povrchně euforičtí, čímž ztrácejí slušnost a soudnost a hypomanicky střídají jednu aktivitu za druhou.

Snaží se vymanit z omezení sociálních norem impulzivním a nezodpovědným chováním. Tento typ chování však vede k zamítavé zpětné vazbě a hraniční jedinci opět pociťují trýznivý nedostatek pozornosti a pochvaly, po které tolik prahnou. Jejich mysl je zaměstnávána obavou z nedostatku zájmu o svou osobu a vede k depresivním myšlenkám, pocitům nejistoty a beznaděje. Jejich vnímání sebe sama se mění a vede k hlubší skepsi. Zkreslují realitu a svět jim připadá bezútěšný a prázdný, i když okolnosti tomu vůbec nemusí nasvědčovat.

#### **4.6.3.3 Subtyp nevrlý**

Nevrlé hraniční osobnosti je často těžké rozeznat od osob s negativistickou poruchou osobnosti. Můžeme však říci, že jsou v rámci svých symptomů více intenzivní než psychotičtí jedinci a takovéto reakce jsou u nich častější. Nevrlé hraniční osobnosti můžeme charakterizovat jako extrémně nepředvídatelné, neklidné a podrážděné jedince. Stejně tak jsou netrpěliví, tvrdohlaví, zasmušilí a pesimističtí. Události je jednoduše rozčarují a znechutí. Druhým závidí a cítí se nedoceny a podváděni. I přes svoji nelibost a zlost prahnou po náklonnosti a lásce ostatních. Jejich ambivalentní chování se projevuje směřováním k lidem, od lidí nebo proti nim. Nedokáží se smířit se svou závislostí na ostatních a svou lásku pak přeměňují v nenávist k těmto lidem.

Na rozdíl od ostatních hraničních subtypů, nevyskytovala se u nich nikdy podpora ze strany jejich nejbližších, jejich potřeby často nebyly nikdy uspokojovány a necítili pocity bezpečí v mezilidských vztazích. Veřejně se hlásí ke svým zklamáním, zažívají pocity viny a jsou zkroušení. Jsou nevyzpytatelní a neustále kolísají mezi omluvnou pokorou na straně jedné a houževnatým odporem a protikladným chováním na straně druhé. Neschopni „vydržet“ se sebou samými a najít

si své místo mezi ostatními, jsou podráždění, nevlídní a rozladění. Jejich chování můžeme popsat jako dva světy, které se střídají a prolínají. Na straně jedné jsou deprivováni, mají pocity beznaděje, smutku, což často vede k sebeubližujícím aktivitám. Jejich druhým pólem je chování plné obviňování druhých, přehnané kritiky, nereálných požadavků na ostatní a hněvu. To vše ale nakonec většinou obrací proti sobě chtějíc, aby jim okolí odpustilo.

#### ***4.6.3.4. Subtyp sebedestruktivní***

Sebedestruktivní typy jsou svým chováním velice podobní ostatním typům v tom smyslu, že jejich chování jde z jednoho pólu submise a omluv do druhého pólu zlosti a podrážděnosti. Nepřijímajíc svou závislost na ostatních, obrací se proti nim. Mezi tímto subtypem a subtypem nedůtklivým je rozdíl v tom, že u prvního se nezvyšuje podrážděnost tak příznačná pro typ druhý. Jejich chování jim způsobuje tenzi, která se projevuje sebetrestáním, depresivními a masochistickými sklony. Další odlišnost můžeme shledat v jejich poměrně fungující sociabilitě a konformitě. Jde však o jakousi vnější slupku, která pod sebou skrývá zlostné, manipulující chování a je pouhou sociální nálepkou nad jejich pravým já. Ke kontrolování svých protichůdných tendencí používají sebeobětavé a sebeomezující chování. Ve chvílích neúspěchu, kdy potřebují emoční podporu a povzbuzení, prožívají pocity beznaděje a deprese. Zmiňované labilní nálady a rozrušenost jsou doplňovány o somatické i fyzické potíže. I přesto, že jsou v jejich chování pozorovatelné výbuchy hněvu a agrese, častěji můžeme vidět prožívání úzkosti, deprese a beznaděje. Na tyto pocity se snaží „zapomenout“ pomocí sebepoškozujících či sebevražedných činů.

#### ***4.6.4 Shrnutí***

Ve výše uvedených kapitolách jsme se výběrově snažili seznámit čtenáře s problematikou poruch osobnosti, především s emočně nestabilní poruchou osobnosti, hraničním typem, která tvoří hlavní téma této diplomové práce. Kladli jsme si za cíl nastínit hraniční poruchu osobnosti prostřednictvím definování poruchy osobnosti a jejího diagnostického vymezení. Podali jsme nástin hlavních osobností z psychologického, psychiatrického a psychoterapeutického světa, kteří zasvětili svůj život zkoumání chování, prožívání a vnímání osob, u nichž byla diagnostikována HPO. Podrobněji jsme uvedli práci Kernberga a Millona, jež se snaží přistupovat k této problematice komplexněji. V následujícím textu přiblížíme téma kognitivních funkcí, jejich rozdělení a budeme především usilovat o spojení těchto specifík s každodenním životem.

## 5. Kognitivní funkce

### 5.1 Obecné vymezení

Z hlediska našeho zájmu jsou kognitivní funkce další významnou skupinou proměnných. Abychom mohli aplikovat problematiku kognitivních funkcí v běžném životě, jenž je hlavním tématem našeho zkoumání, je nutné kognitivní funkce specifikovat obecně, tedy z hlediska jejich dělení či uplatnění. Jejich vzájemné vztahy se dají nejlépe vyjádřit následujícím schématem.

*Myšlení, inteligence, jazyk*

*pozornost*

*Představivost*

*paměť*

*Čítí, vnímání*

Kognitivní systém může být rozdělen do několika oblastí, které se však prolínají a jejich správné fungování je závislé na funkčnosti všech prvků. Přestože u odborníků není úplná shoda, ke třem základním funkcím (myšlení, představivost a vnímání), nasedají paměť a pozornost.

Kognitivní funkce definujeme jako psychické procesy a operace, pomocí nichž jedinec poznává svět a sebe sama. Souvisejí s tím, jak vnímáme a jednáme ve světě kolem nás. Jsou pro nás nezbytností k vykonání jak jednoduchého, tak i složitého úkolu. Zahrnujeme zde všechny myšlenkové procesy, které nám umožňují poznávat, pamatovat si, učit se a přizpůsobovat se neustále se měnícím podmínkám prostředí. Řadíme zde *paměť, koncentrace, pozornost, řečové funkce, rychlost myšlení* a *porozumění informacím*.

Náleží zde rovněž *exekutivní funkce*, tedy schopnost člověka iniciovat činnost a chování a jejich následné realizace.

Vašina říká, že „*poznávací procesy umožňují kódovat informace, hledat mezi nimi významné vztahy a souvislosti a ukládat je jako poznatky, zkušenosti a dovednosti. Umožňují užívat tyto poznatky a zkušenosti při orientování se člověka v realitě, která ho obklopuje, i při orientování se v sobě samém*“ (Vašina, 2002, str.116).

Kognitivní schopnosti nám umožňují orientovat se v okolním světě, v sobě samých, pomáhají nám v dosahování našich cílů, v budování žebříčku hodnot či řízení našeho jednání (Preiss, Křivohlavý, 2009).

V rámci našeho sledování je jejich významnost nestejná a vědomě začínáme paměť.

### **5.1.1 Paměť**

Paměť je psychická funkce, která tkví ve štěpení informací, jejich uchování a následném využití ve formě reprodukce či znovupoznání.

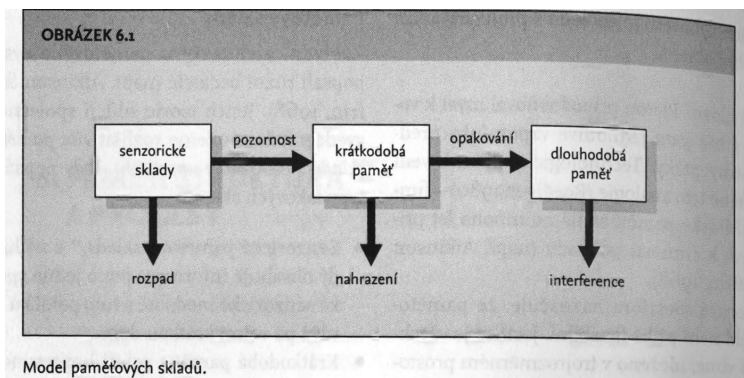
Vágnerová definuje paměť jako „*funkci, která umožňuje uchování zkušeností, informací o okolním světě i o sobě samém ve vztahu k tomuto světu*“ (Vagnerová, 2003, str.119). Paměť nemá vlastní obsah, je ale spojena s dalšími psychickými procesy, které jí obsah naplňují. Psychologický slovník autorů Hartla a Hartlové (Hartl, Hartlová, 2000, str.390-394) definuje téměř 70 druhů paměti, my si však pro zjednodušení uvedeme pouze jedno ze základních rozdělení a to na paměť *senzorickou, krátkodobou a dlouhodobou*.

Senzorická paměť představuje počáteční úložiště všech informací, které následně vstupují do krátkodobé a dlouhodobé paměti (Sternberg, 2002).

Krátkodobá paměť nám umožňuje uchovávat informace na několik sekund či minut. „*Zabývá se vědomými psychickými činnostmi a má pro naše vědomí a jeho obsah prvořadou důležitost*“ (Preiss, Křivohlavý, 2009, str.25). Na rozdíl od dlouhodobé paměti není kapacita krátkodobé paměti neomezena a jsme schopni v ní uchovávat  $7 \pm 2$  smysluplných shluků

informací. Dlouhodobá paměť je ze zmiňovaných pamětí nejobsáhlejší, nejstabilnější a snáze odolává možným narušením (Preiss, Křivohlavý, 2009).

Obrázek č.2 Dělení paměti dle Eysencka (Eysenck, Keane, 2008, str.188)



Eysenck s Keanem (2008) přichází s pojmem „každodenní paměť“, který vznikl zvětšujícím se zájmem lidí o vlastní paměť, o její fungování a případné selhání. Autoři (Eysenck, Keane, 2008, str.266) předkládají tři oblasti otázek, které by měly být zkoumány – *jaké jevy paměti by měly být studovány* (ty, které lidé zažívají každý den), *jak by měla být každodenní paměť zkoumána* (zde zdůrazňují důležitost ekologické validity) a *kde by měly být pokusy iniciovány* (názor některých, že v přirozeném prostředí probanda je dáván do kontrastu s názorem druhých, že tyto podmínky by vedly k problémům v oblasti vyhodnocování). Výzkumy každodenní paměti naráží na jisté úskalí týkající se motivačních faktorů jedinců. Přístup k vlastním vzpomínkám bývá často ovlivněn právě těmito proměnnými. Jedinec se může snažit být ve svých vzpomínkách upřímný, ale také si může chtít zachovat vlastní důstojnost snižováním vlastních neúspěchů a honorací vlastních úspěchů (Eysenck, Keane, 2008).

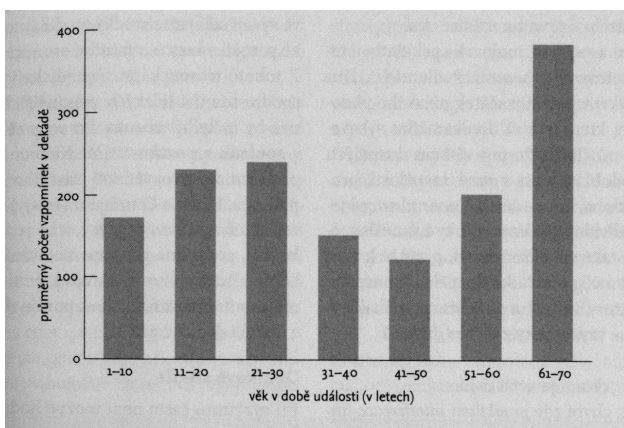
Oba autoři (Eysenck, Keane, 2008) člení do každodenní paměti paměť autobiografickou a epizodickou. První z nich popisují jako „*paměť našeho života*“, jež se skládá z časových úseků definovaných určitou

významnou probíhající událostí či z opakovaných, dlouhodobých událostí. Eysenck s Keanem nesouhlasí se zaměřováním autobiografické a epizodické paměti. Dle jejich názorů se mohou překrývat, ale ne vždy spadá epizodická paměť do autobiografické.

Jak se u lidí vyskytují mimořádné paměťové schopnosti, můžeme u některých naopak nalézat deficity. I v těchto případech si však můžeme „pomáhat“ různými strategiemi zapamatování či mnemotechnickými technikami.

Významným pojmem, o kterém se musíme v tomto oddíle zmínit, je termín *prospektivní paměť* (Eysenck, Keane, 2008). Je to druh paměti, kterou využíváme v každodenním životě k zamýšleným akcím, které chceme teprve uskutečnit. Prospektivní paměť dělíme na tu, která je založena na čase (time-based) a na tu, která je založena na události (event-based). První zmíněná zahrnuje úkoly pamatovat si, že máme provést určitou akci v určitou dobu. Naopak druhý typ paměti znamená zapamatovat si, že máme vykonat nějakou akci za určitých podmínek. Plány zamýšlených činností mohou být rutinní, nové, obecné či konkrétní, izolované nebo součástí širší sítě plánů s vyšší či nižší mírou priority (Eysenck, Keane, 2008, str.292).

Obrázek č. 3 Množství vzpomínek na uplynulé události v závislosti na dekádě života, kdy k nim došlo (Eysenck, Keane, 2008, str. 271)





### 5.1.2 Pozornost a koncentrace

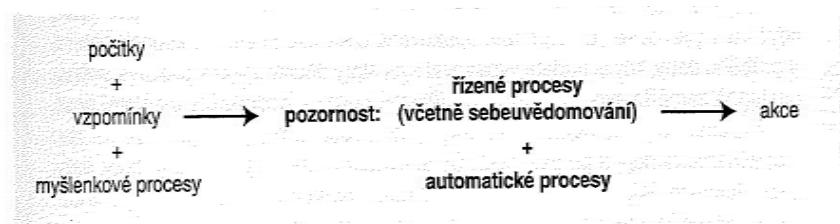
*„Pozornost je centrem vědomí, které se projevuje aktivní zaměřeností na určitý obsah. ...je formální psychickou funkcí, která je vždycky spojena s určitým uvědoměným obsahem, nějakou další činností a určitým stavem aktivace“ (Vágnerová, 2003, str.34).*

Sternberg definuje pozornost jako *„nástroj, jehož prostřednictvím aktivně zpracováváme omezené množství informace z obrovské zásoby údajů v dlouhodobé paměti, jakož i informací dopadající na naše smyslové systémy, případně informací pocházejících z našich kognitivních procesů“* (Sternberg, 2002, str.90).

Má výběrový charakter, proto se dokážeme zaměřit konkrétním směrem a eliminovat ostatní obsahy, které k nám proudí. Zjednodušeně řečeno, má funkci jakéhosi síta či filtru (Preiss, Křivohlavý, 2009).

Vyvinula se u nás z vrozeného, orientačně pátracího reflexu, který není typický jen pro lidi, ale vyskytuje se rovněž u zvířat. Orientační reakce pro nás představuje schopnost reagovat na podněty, které jsou nějakým způsobem netypické, intenzivní a výrazné a umožňují nám vyhnout se potencionálnímu nebezpečí. Schopnost reagovat zaměřeností pozornosti vyplývá nejen z potřeby bezpečí a jistoty, ale také z potřeby orientovat se v prostředí a zvědavostí (Vágnerová, 2003).

Obrázek č.4 Schéma funkce pozornosti(Kernberg, 2002, str.90)



Pozornost slouží jako prostředek pro soustředění omezených mentálních zdrojů na informace a kognitivní procesy, které jsou v dané chvíli nejvýznamnější.

Z vývojového hlediska můžeme rozdělit pozornost na bezděčnou, kterou upoutávají výrazné a atraktivní podněty, a na záměrnou, která je regulována naším cílem či záměrem (Vágnerová, 2003). Na pozornost můžeme nazírat z hlediska její zaměřenosti, soustředěnosti či délky trvání. Míru pozornosti ovlivňuje řada faktorů jak vnějších, tak vnitřních. Z vnitřních faktorů můžeme uvést aktuální stav, postoje, potřeby, osobní zkušenost, únavu, zvyky či minulé prožitky. Za faktory prostředí bychom mohli představit vlastnosti podnětů, které na jedince působí, kognitivní faktory či monotónnost (Vágnerová, 2003).

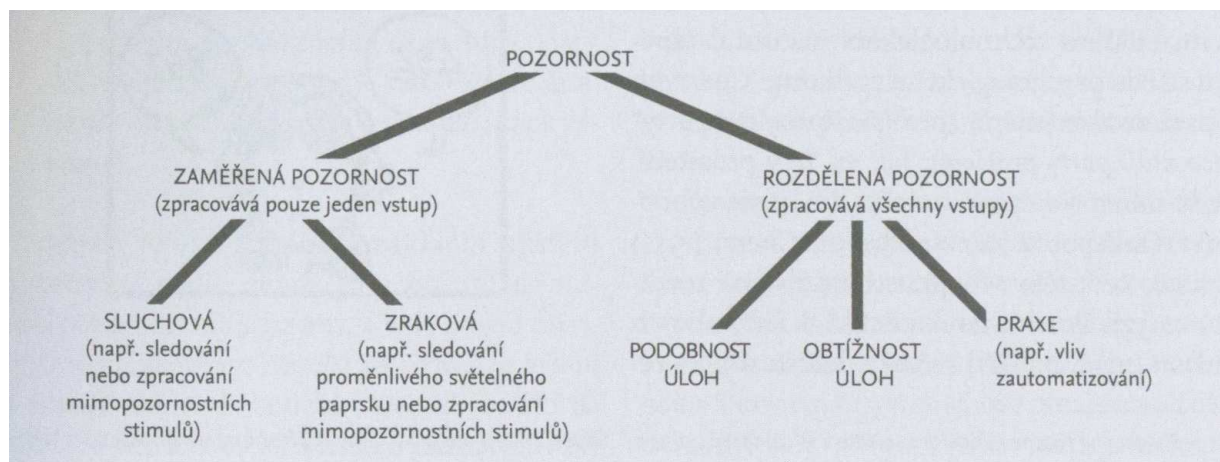
Z důvodů použití zrakového pozornostního testu v diplomové práci, jsme se rozhodli, že se ze všech druhů pozornosti, zaměříme pouze na zaměřenou zrakovou pozornost.

Zraková pozornost je na rozdíl od auditivní, častějším cílem zkoumání. Důvodem může být jednodušší kontrola. Z hlediska teorií, které na jí zabývají, můžeme uvést „teorii reflektoru“ a „transfokátoru“ (Eysenck, Keane, 2008, str.155). První z teorií popisuje pozornost jako jakýsi reflektor, jehož pomocí se nasvětluje část prostoru, který nazýváme zorným polem a díky němuž můžeme vidět čistě. Je však velmi složité spatřit cokoli, co se ocitne mimo světlo reflektoru. Pozornost můžeme přemístit tak, jak změníme směr reflektoru (Eysenck, Keane, 2008). Podle „teorie transfokátoru“ může být naopak pozornost zaměřena *„ke konkrétní oblasti zorného pole; tato plocha však může být rozšířena či zúžena v souladu s požadavky dané úlohy“* (Eysenck, Keane, 2008, str.155).

Posner (Eysenck, Keane, 2008) se přiklání k teorii reflektoru, přičemž zdůrazňuje formu skryté pozornosti, kdy se reflektor pohybuje po prostoru, aniž by docházelo k očním pohybům.

Oba přístupy mají jak své příznivce, tak i odpůrce a z dalších výzkumů (Eysenck, Keane, 2008) vyplývá, že teorie zaměřené pozornosti je komplikovanějším fenoménem.

Obrázek č. 5 Propojení výzkumných témat v oblasti pozornosti  
(Eysenck, Keane, 2008, str. 147)



### 5.1.3 Přijímání informací a vnímání

Percepce probíhá v tom okamžiku, když objekty prostředí ovlivní strukturu informačního média, jež vede ke stimulaci smyslového receptoru a k následné identifikaci objektu (Sternberg, 2002).

*„Receptivní funkce spočívají ve vstupu informace do centrálního systému od senzorického vjemu přes vnímání (percepci), které má na starosti integraci senzorických dojmů v psychologicky smysluplná data“* (Marčíková, 2007, str.22).

*„Vnímání zahrnuje procesy, jejichž prostřednictvím poznáváme a organizujeme podněty z prostředí - uvědomění si (awareness), rozpoznávání (recognition), rozlišování (discrimination), šablonování (patterning) a orientaci (orientation)“* (Marčíková, 2007, str.23 cit. dle Lezak, 1995). Vágnerová popisuje vnímání jako *„nejjednodušší primární poznávací schopnost, jež je založena na smyslovém zobrazení reality“* (2003, str.94).

Guilford vnímá určité rozdíly ve fázi vnímání a rozděluje je na perceptivní smyslové, které zahrnuje pouze fázi přijetí podnětu smyslovým aparátem. Kognitivní vnímání považuje za zpracovávání

smyslových informací z okolního světa. Tento druh vnímání je však daleko komplexnější, neboť se na něm podílejí i další psychické procesy jako jsou například poznávací funkce (Vágnerová, 2003).

Na poznávacích procesech se podílí soubor komponent, jako je vnímání, paměť, inteligence a podobné, které fungují jako komplex. Nesmíme rovněž zapomenout na řadu faktorů, které mají na výsledné vnímání vliv – jde o specifické zaměření a selekci vnímání, které má každý jedinec jiné. Zde jsou patrné vlivy zkušenosti, motivace, aktuálních potřeb či emočních blokátorů (Vágnerová, 2003, str. 94).

#### **5.1.4 Rychlost zpracování informací**

Rychlost zpracovávání informací je, jak jsme již zmínili výše, odvislá od individuálních specifických činitelů, kteří se na ni podílejí.

*„Senzorické informace bývají zpracovány v nižších mozkových centrech, kde dochází k jejich třídění, kombinování, posílení či oslabení. Odtud pak bývají distribuovány do vyšších oblastí k dalšímu zpracování“* (Benešová, 2007, str. 51 cit. dle Bracy, 2007).

#### **5.1.5 Exekutivní funkce**

Exekutivní funkce je schopnost a dovednost plánovat, rozhodovat a realizovat cílevědomé postupy a výkony.

Můžeme ji rovněž definovat jako *„schopnost vykonání volných cílevědomých aktivit (zahrnuje iniciaci nezávislé účelné činnosti a inhibici irelevantní a nepřiměřené aktivity)“* ( Kopeček, 2008).

Postižení exekutivních funkcí můžeme pozorovat v neschopnosti korekce svého chování, sebezpovzbuzování či vytvoření nějakého smysluplného plánu (Benešová, 2007).

### **5.1.6 Vyjadřovací schopnosti a porozumění řeči**

Řeč nám poskytuje řadu vodítek k jejímu porozumění. Můžeme si například uvést intonaci, melodií, přízvuk či tempo řeči. Plní funkci nejen „*expresivní, ale i sociální a intencionální*“ (Vágnerová, 2003, str.156).

To, co sdělujeme svému okolí má jistý smysl, který je vázán na kontext prostředí a dané situace. „*Slouží nám jako prostředek zpracování informací na takové úrovni, jaké dosahuje myšlení určitého jedince. Na této úrovni je také dekodována jakákoliv verbálně prezentovaná informace*“ (Vágnerová, 2003. str.158).

Uvedené rozdělení je společné všem jedincům, patrné jsou však individuální rozdíly. Ty můžeme spatřovat například v míře inteligence, genetické výbavě či v odlišném temperamentu. Kromě uvedených biologických a psychologických faktorů hrají podstatnou roli sociální a kulturní vlivy, které způsobují zmíněné difference a vytváří jedinečnost každého člověka v kognitivních oblastech (Patlichová, 2008).

## **5.2 Kognitivní poruchy**

Kognitivní poruchy jsou kognitivně založené chyby v jednoduchých úkolech, jež by měl být člověk schopen za normálních okolností dokončit bez pochybení. Použití faktorových testů by mělo umožnit výzkumným pracovníkům lépe pochopit kognitivní poruchy jedinců. Strategie, jež by sloužily k prevenci kognitivních poruch by měly záviset na typu selhání a na základních mechanismech zapojených do tohoto neúspěchu.

Mainly a jeho spolupracovníci (Wallace, Kass, Stany, 2002) ukazují příklady typických kognitivní poruch, jako je vyhození nového pera do koše a ponechání si starého poté, co byla aktivita výměny psací potřeby přerušena telefonním hovorem.

Autoři uvádí (Wallace, Kass, Stany, 2002), že existují tři hlavní kategorie kognitivních poruch: chyby v tvorbě záměrů, v chybné aktivaci

schématu a falešné spouštění akce. Takové defekty se často vyskytují v podmínkách nudy, strachu či rozdělené pozornosti (Wallace, Kass, Stany, 2002). Při zjišťování frekvence kognitivních poruch se ukázalo, že souvisejí s kognitivními faktory, jako je přetížení krátkodobé paměti, náhodné učení a snížení či dělení pozornosti. Pollina a jeho kolegové (Wallace, Kass, Stany, 2002) spojují rovněž kognitivní poruchy se sociálními znaky, jako je sebevědomí a sociální úzkost.

### **5.3 Kognitivní funkce v souvislosti s HPO**

#### **5.3.1 Studie zabývající se problematikou kognitivních funkcí u osob s emočně nestabilní poruchou osobnosti, hraničního typu**

Výzkumů, které by se zabývaly spojením emočně nestabilní poruchy osobnosti s problematikou kognice v každodenním životě jsme v literatuře nenalezli. Proto se v následujících odstavcích věnujeme popisu vybraných studií zabývajících se pozorností, pamětí a vnímáním ve spojitosti s HPO.

Jedna z významných studií, která se věnuje vztahu HPO a pozornosti, byla studie Posnera a jeho kolegů (2002, 2007). Posner rozděluje síť bdělosti, orientace a výkonu neboli exekutivní kontroly (Posner, Rothbart, 2007) „*Bdělost je definována jako dosažení a udržení stavu vysoké citlivosti na přicházející podněty, Orientace je výběr informací ze smyslových vjemů a výkonná pozornost zahrnuje mechanismy pro sledování a řešení konfliktů mezi myšlenkami, pocity a reakcemi*“ (Posner, Rothbart, 2007, str.7). Posner tvrdil, že pacienti s hraniční poruchou osobnosti vykazují nízkou schopnost regulovat negativní afekty a domníval se, že mechanismy mozku, které odpovídají za sebekontrolu, fungují abnormálně i v situacích, které se zdají být vzdálené od příznaků, jež tito pacienti vykazují (Posner et al, 2002, str.16366). Pro ověření této myšlenky porovnával pozornostní síť hraničních jedinců (pomocí testu ANT; Fan, 2002) s kontrolami. Jednu

skupinu tvořily osoby, jež byly nízkou vědomou kontrolou a negativní emocionalitou podobní pacientům, druhou kontrolní skupinu tvořili jedinci s průměrnými výsledky v oblasti temperamentu a vědomé kontroly (Posner et al, 2002, str. 16367). Z výsledků studie vyplývá, že skupiny se signifikantně lišily pouze v průměrném konfliktu (škála měřící exekutivní funkce). Osoby s HPO dosahovaly vždy vyšších skóre oproti „průměrné“ kontrolní skupině, avšak se výrazně nelišily od temperamentových kontrol. Téma pozornostního testu ANT a Posnerovy výsledky rozpracováváme v empirické části.

Stevens a jeho kolegové (Stevens et al, 2004) se zabývaly spojením poruchy vizuálního vnímání a pracovní paměti u osob s touto poruchou osobnosti. Výzkumný soubor tvořilo 22 žen ve věku od 18 do 40 let s diagnostikovanou hraniční poruchou osobnosti (DSM-IV). Kontrolní soubor byl „párován“ dle věku, vzdělání a byl tvořen 25 ženami. Z výsledků studie vyplývá, že u žen s HPO byl patrný delší časový úsek, než identifikovali cílový podnět. Zhoršené výsledky byly zaznamenány také v paměti. Přítomný deficit byl oproti kontrolnímu souboru přítomen v přesnosti a rychlosti.

[Haaland](#), [Esperaas](#) a Landrø (2009) se zaměřili na zkoumání selektivního deficitu v exekutivních funkcích u hraniční poruchy osobnosti. Při kontrole vlivu na IQ zjistili, že pacienti mají sníženou výkonnou funkci ve srovnání se zdravými kontrolami. S ohledem na další neuropsychologické oblasti (pracovní paměť, pozornost, dlouhodobá verbální a nonverbální paměť) neshledali signifikantní rozdíly mezi oběma skupinami.

Miller (2007) ve své disertační práci zkoumal přítomnost kognitivního deficitu u osob s HPO v oblasti verbální paměti, rychlosti zpracování informací a pozornosti u výzkumného a kontrolního souboru. Výzkumný soubor byl tvořen 56 pacienty ze státní nemocnice v Montaně, kontrolní soubor tvořilo 30 studentů univerzity v Montaně. Výsledky naznačují významné rozdíly ve všech aspektech výzkumu (obecné neuropsychologické funkce, verbální paměť, pozornost a rychlost

zpracování informací) mezi kontrolní a výzkumnou skupinou. V jedné ze svých hypotéz dokazuje statisticky signifikantní rozdíl v hodnotách hladiny deprese (BDI-II; Beck, 1974) mezi skupinami.

O'Leary (1991) ve své studii měřila, zda baterie neuropsychologických testů dokáže odhalit poznávací deficit (zejména v oblasti vnímání, učení a paměti) u pacientů s hraniční poruchou osobnosti. Výzkumný soubor čítal 16 osob s diagnostikovanou HPO. Výkon těchto jedinců byl staticky významně horší oproti kontrolní skupině nejen v paměťových testech (sluchová, vizuální a krátkodobá paměť), ale také v pozornosti. Pozorované obtíže při rozlišování základních obrazových informací a při vybavování podnětů mohou být důležitým aspektem pro pochopení některých klinických rysů emočně nestabilní poruchy osobnosti, hraničního typu.

#### **5.4 Shrnutí**

V teoretické části diplomové práce se snažíme popsat problematiku hraniční poruchy osobnosti a kognitivních funkcí. Uvádíme historický přehled vývoje diagnózy, jejíž kroky vedly od popisu „abnormálních“ znaků chování a prožívání až po vytvoření diagnózy, která má svá diagnostická vodítka a je zahrnuta rovněž v mezinárodních registrech nemocí (MKN-10 a DSM-IV). Jde o krátké a stručné seznámení čtenáře s problematikou hraniční poruchy osobnosti, neboť by si tato oblast zasloužila podrobnější rozpracování, které by mohlo být součástí dalšího zkoumání. Představujeme rozdělení kognitivních funkcí, jež tvoří další osu našeho zkoumání a přistupujeme k nim výběrově z hlediska důležitosti v rámci našeho výzkumného projektu.

Obě témata propojují studie, které se zabývají kognitivními funkcemi u HPO. Následující empirická část by měla potvrdit či vyvrátit vztah mezi hraniční poruchou osobnosti a kognitivními funkcemi, ukazuje použité výzkumné metody, popisuje výzkumné cíle a projekt a dochází k závěrům.



## II. Empirická část

## **6. Výzkumné cíle a výzkumné otázky**

Naším cílem bylo odpovědět na otázku, zdali existuje u vyšetřovaných jedinců vztah mezi kognitivními funkcemi v běžném životě a diagnostikovanou poruchou osobnosti. Máme tím především na mysli, zdali bude patrný kognitivní deficit v použitých testech.

Záměrem bylo zjistit, jestli bude signifikantní rozdíl ve výsledcích testových metod mezi výzkumným souborem, který tvořili hospitalizovaní pacienti Psychiatrického centra Praha s diagnózou Emočně nestabilní poruchy osobnosti, hraničního typu a kontrolním souborem zastoupeným „zdravými“ jedinci bez psychiatrického nálezu.

### **6.1 Hypotézy**

**H 1.1** Výzkumný a kontrolní soubor se bude statisticky signifikantně lišit ve výsledcích testů CFQ, MFQ a MIA

**H 1.2** Pozornostní test ANT má významný vztah k subjektivně vnímané míře depresivních symptomů

**H 1.3** Výzkumný soubor bude dosahovat statisticky významně horších výsledků v testu ANT

**H 1.4** Výsledky sebesuzovacích metod zaměřené na kognitivní potíže v běžném životě mají významný vztah k pozornostnímu testu ANT

## **7. Výběr a charakteristika souboru**

### **7.1 Výzkumný soubor**

Výzkumný soubor byl vybírán z řad hospitalizovaných pacientů oddělení 2 Psychiatrického centra Praha.

Oddělení 2 je otevřené čtyřlůžkové oddělení, které se zaměřuje na léčbu rezistentních poruch nálady, léčbu rychlého cyklování a smíšených epizod v rámci bipolární afektivní poruchy.

Pacienti zde jsou na vlastní žádost a dobrovolně. Pacienti, kteří byli začleněni do tohoto výzkumného projektu byli předvybráni na základě diagnostikované emočně nestabilní poruchy osobnosti (psychiatrickým vyšetřením), která byla potvrzena psychologickým vyšetřením.

Proto, aby byl pacient začleněn do výzkumu, musel splňovat jisté podmínky:

1. *diagnostikována plná porucha osobnosti, nikoliv pouze rysy* (jedinci splnili minimálně 3 kritéria 1-5 a 2 kritéria 6-10 podle IPDE)
2. *starší osmnácti let věku*
3. *absence psychotického onemocnění*
4. *absence organického poškození mozku*
5. *podepsání informovaného souhlasu se začleněním do výzkumu*
6. *souhlas zdravotnického zařízení*

Pacienti byli seznámeni s naším výzkumem a jeho cíli a podepsali vždy informovaný souhlas (příloha č.7). Byla jim nabídnuta možnost zpětné vazby v kognitivních testech, kterou mnoho z nich využilo.

Postup při vyšetření byl předem vytvořen:

1. Seznámení, rozhovor
2. Souhlas se zařazením do výzkumu
3. IPDE screening (International Personality Disorder Examination screening)

4. IPDE (International Personality Disorder Examination)
5. CFQ (Cognitive Failure Questionnaire)
6. MFQ (Memory Functioning Questionnaire)
7. MIA (The Metamemory in Adulthood Questionnaire)
8. BECK (Beck Depression Inventory)
9. MADRS (Motgomery and Åsberg Depression Rating Scale)
10. ANT (Attentional Network Test)

Výzkumný soubor tvořilo 14 žen a jeden muž. Věk se pohyboval v rozmezí mezi 19 až 40 lety. Průměrný věk dosahoval 27,3 let se směrodatnou odchylkou 5,69. Výzkumný soubor tvořilo původně 20 osob, ale 5 pacientů jsme museli z této skupiny vyloučit z důvodu výskytu pouze hraničních rysů u 4 osob a psychotických příznaků u jedné osoby.

Tabulka č. 6 Popis výzkumného souboru dle věku a vzdělání

Pacient	Věk	Vzdělání
Pacient 1	28	SŠ
Pacient 2	30	SŠ
Pacient 3	24	SŠ
Pacient 4	30	SOŠ
Pacient 5	19	SŠ
Pacient 6	28	SŠ
Pacient 7	20	ZŠ, NA SŠ
Pacient 8	22	SŠ, NA VŠ
Pacient 9	26	SŠ
Pacient 10	20	ZŠ, NA SŠ
Pacient 11	40	SŠ
Pacient 12	30	SŠ
Pacient 13	36	SŠ
Pacient 14	33	SŠ
Pacient 15	26	SŠ

## **7.2 Kontrolní soubor**

Na základě dat z výzkumného souboru byly do kontrolního souboru párovány jedinci podle věku, pohlaví a vzdělání. Z tohoto důvodu byl sběr dat prováděn později. Podmínky pro začlenění do této skupiny byly tyto:

- 1. informovaný souhlas s účastí na výzkumu*
- 2. nepřítomnost psychiatrického onemocnění u vyšetřovaných samotných, ani v jejich rodině ( údaje získávány při rozhovoru)*
- 3. absence psychologického či psychiatrického vyšetření a hospitalizace*
- 4. nepřítomnost léčby antidepresivy či jiné podobné medikace*

Kontrolní skupinu tvořily osoby, jenž jsme vybírali technikou „snowball sampling“ (technika sněhové koule). Je to „*technika identifikace populace, která spočívá na výběru jedinců, při kterém nás nějaký původní informátor vede k jiným členům naší cílové populace*“ (Disman, 2005, str.114). Kontrolní soubor tvořilo 14 žen a jeden muž. Věk se pohyboval v rozmezí mezi 19 až 40 lety. Průměrný věk dosahoval 27,3 let se směrodatnou odchylkou 5,69.

č. 7 Popis kontrolního souboru podle věku a vzdělání

Kontrola	Věk	Vzdělání
Kontrola 1	28	SŠ
Kontrola 2	30	SŠ
Kontrola 3	24	SŠ
Kontrola 4	30	SOŠ
Kontrola 5	19	SŠ
Kontrola 6	28	SŠ
Kontrola 7	20	ZŠ, NA SŠ
Kontrola 8	22	SŠ, NA VŠ
Kontrola 9	26	SŠ
Kontrola 10	20	ZŠ, NA SŠ
Kontrola 11	40	SŠ
Kontrola 12	30	SŠ
Kontrola 13	36	SŠ
Kontrola 14	33	SŠ
Kontrola 15	26	SŠ

Tabulka č. 8 Popis zastoupení souboru podle vzdělání (v absolutních číslech a procentech)

Počet	ZŠ	SOŠ	SŠ	Student VŠ
<b>Pacienti</b>	2 (13%)	1 (7%)	11 (73%)	1 (7%)
<b>Kontrola</b>	2 (13%)	1 (7%)	11 (73%)	1 (7%)

## ***8. Postup sběru dat***

Data výzkumného souboru jsme získávali na otevřeném oddělení psychiatrického centra Praha v Praze 8 - Bohnicích. Délka vyšetření u výzkumného souboru se pohybovala mezi dvěmi a půl až třemi a půl hodinami v závislosti na potřebách pacienta. Podle přání pacienta se dělala v polovině krátká přestávka. Sběr dat výzkumného souboru probíhal od dubna 2009 do prosince 2010. Sběr dat u osob s HPO je velice náročný. S pacienty nebylo jednoduché domluvit termín vyšetření, často se stávalo, že i když splňovali vstupní podmínky, neměli zájem zúčastnit se výzkumu. Byli nedůvěřiví a do spolupráce se museli pobízet.

Sběr dat kontrolní skupiny trval od května 2010 do února 2011. Průměrná délka vyšetření byla dvě a půl hodiny s krátkou přestávkou.

Uvědomujeme si, že zajistit pro každého probanda zcela shodné podmínky nemůžeme, snažili jsme se však co nejvíce eliminovat možné rušivé proměnné, které by mohly mít vliv a projevit se ve výsledcích výzkumu. Výzkumnému i kontrolnímu souboru byly proto testy a dotazníky předkládány ve stejném pořadí, mezi 13-16 hodinou a v místnosti, která zajišťovala dostatek soukromí a klidu.

## **9. Výzkumné metody**

Ve výzkumném projektu jsme nevyužívali pouze testové metody, které budeme popisovat v následujících odstavcích, ale jednalo se o soustavu metod zahrnující rovněž pozorování, studium dostupných klinických informací o výzkumném souboru a rozhovor.

Rozhovor, který tvořil první seznamovací část, nám umožnil navázat kontakt s výzkumným a kontrolním souborem. V této části vyšetření jedinci podepsali informovaný souhlas, v němž stvrzují, že souhlasí, že budou data použita pro diplomovou práci. V rámci rozhovoru jsme si rovněž zaznamenávali demografické údaje zahrnující jméno, věk, vzdělání, diagnózu či medikaci, kterou užívali, pokud tyto údaje znali.

### **9.1 Použité testové metody**

Na výběru testových metod, které byly v diplomové práci použity, se svou cennou radou podílel pan docent Preiss. Testové metody můžeme rozdělit do třech hlavních oblastí - testy kognitivních funkcí, testy zaměřující se na zjišťování poruch osobnosti a na posouzení depresivní symptomatiky.

#### **9.1.1 Testy kognitivních funkcí**

##### **9.1.1.1 Dotazník kognitivních selhání CFQ (Cognitive Failure Questionnaire)**

CFQ (Nondek, 2006; Broadbent et al., 1982) má dvacet pět položek, jež jsou hodnoceny na pětistupňové numerické škále. Dotazník se zaměřuje na různé přehmaty a omyly, které jsou přisuzovány kognitivnímu deficitu.

CFQ je dotazník, jehož cílem bylo sebeuposoudit běžné každodenní chyby. Mezi jeho položky patří otázky, týkající se chyb v různých činnostech, pozornosti a paměti. Dostupné důkazy naznačují, že CFQ má



značnou ekologickou platnost (Wallace, Kass, Stany, 2002). Autoři uvádějí (Wallace, Kass, Stany, 2002), že například u lidí, u kterých se objevila vysoká frekvence kognitivních poruch (to znamená mají vysoké CFQ skóre), je pravděpodobnější, že způsobí automobilové nehody, než lidé s nízkým stupněm kognitivního selhání a CFQ podle nich také předpovídá, jak se lidé vyrovnávají se stresem v jejich pracovním prostředí. CFQ není pouhým testem na zjišťování pozornosti, ale má i širší využití (Pollina et al., 1992). Položky testu byly vytvářeny se zřetelem na základní kognitivní procesy. Broadbent a jeho kolegové (Wallace, Kass, Stany, 2002) vyvinuli CFQ k posouzení četnosti pochybení ve třech oblastech: *vnímání, paměti a motorice*.

Na základě faktorové analýzy zjistil Broadbent a jeho spolupracovníci (Broadbent et al., 1982) dvacet pět položek a navrhovali, aby CFQ tvořil jeden obecný faktor kognitivních poruch, který by zahrnoval vnímání, paměť a motorické funkce. Nicméně řada dalších výzkumníků argumentovala, že CFQ se skládá z několika faktorů (Pollina et al., 1992). Pollina (Pollina et al., 1992) naznačuje, že CFQ se skládá z faktorů, které popisují jako *roztěkanost, mylné jednání, prostorovou/kinetickou paměť, interpersonální inteligenci a paměť na jména*. Dvoufaktoré řešení připouští Larson (Larson et al., 1997) a jeho spolupracovníci. Teorie těchto odborníků by potvrzovaly fakt, že CFQ není pouze dotazníkem na zjišťování pozornostních chyb, ale širších kognitivních funkcí (Wallace, Kass, Stany, 2002).

CFQ se výzkumnému i kontrolnímu souboru předkládal s vysvětlením, aby si následující otázky pečlivě přečetli a zaškrtnli vyhovující odpověď do jednoho z pěti sloupců.

CFQ byl uveden standardními instrukcemi, které jsou dostupné v manuálu k tomuto dotazníku:

*„Prosím, zaškrtněte vyhovující odpověď do příslušného sloupce:*

*Stává se Vám v poslední době (posledních několika týdnech), že... “*

### 9.1.1.2 Dotazník funkční paměti MFQ

#### *(Memory Functioning Questionnaire )*

Autorem tohoto sebesuzovacího dotazníku úrovně funkční paměti je M. J. Gilewski (Gilewski, Zelinski, 1988).

Dotazník je „sycen“ čtyřmi hlavními faktory (Lane, Zelinski, 2003).

První faktor (*Obecná hodnotící škála*) zkoumá sebeúčinnost paměti prostřednictvím frekvence zapomínání. Tento faktor byl ze sebesuzovacích faktorů paměti studován.

Obavy ze selhání paměti naplňují druhý faktor *Závažnosti zapomínání*. Faktor hodnotí vnímanou úroveň obavy z paměťového selhání.

Vnímaná změna ve výkonnosti v průběhu času, tedy *Retrospektivní fungování* v MFQ, tvoří faktor číslo tři. Zmíněný faktor hodnotí vnímané změny v paměťových schopnostech.

Poslední faktor měří používání různých paměťových strategií a nese označení *Mnemotechnické pomůcky*.

MFQ byl uveden standardními instrukcemi, jež jsou dostupné k dotazníku: „*Před Vámi je dotazník zjišťující, jak si pamatujete informace. Na otázky nejsou správné a špatné odpovědi. Zakroužkujte čísla od 1 do 7 podle toho, jaká hodnota vystihuje z Vašeho pohledu nejlépe Vaši paměť. Pečlivě si promýšlejte odpovědi a pokuste se být tak objektivní, jak je to možné. Odpovězte, prosím, na všechny otázky*“.

### 9.1.1.3 Dotazník metapaměti pro dospělé MIA

#### *(The Metamemory in Adulthood Questionnaire)*

MIA je tvořen 108 otázkami (Dixon et al., 1988), které jsou zaměřeny na sebesouzení paměťových funkcí a na sebesouzení základních paměťových procesů (Dixon et al., 1988).

Otázky se dělí do sedmi základních oblastí (Dixon et al., 1988):

*Strategie* je zaměřena na otázky týkající se používání různých strategií pro optimální fungování paměti.

*Znalost*, druhý faktor, se věnuje míře vědomostí o základních procesech paměti.

*Kapacita* zkoumá přesvědčení vyšetřovaného o kapacitě jeho paměti.

Úzkost, jež je pociťována ve vztahu k paměťovým výkonům, je náplní *Anxiety*.

Šestý faktor (*Motivovanost*) se orientuje na podávání dobrých paměťových výkonů.

*Locus*, který je poslední škálou, označuje vnitřní či vnější zaměření kontroly nad paměťovým výkonem.

Základní instrukce zní:

*„Různí lidé používají v každodenním životě svou paměť různými způsoby. Například, někteří lidé si píší nákupní seznam, jiní ne. Někteří lidé si umějí dobře zapamatovat jména, jiní ne.*

*V tomto dotazníku bychom rádi, abyste se pokusili vyjádřit, jakým způsobem svou paměť používáte vy a jaký z toho máte dojem. Na následující otázky nejsou správné a špatné odpovědi, protože lidé se liší. Pečlivě si odpovědi promyslete a odpovězte, prosím, na všechny otázky, jak nejpřesněji to bude možné.“*

#### **9.1.1.4 Attentional Network Test - ANT**

ANT (Fan, 2002; Fan, dostupné z [www: http://www.sacklerinstitute.org/users/jin.fan/](http://www.sacklerinstitute.org/users/jin.fan/)) je třicetiminutový experimentální test, jež byl vyvinut za účelem měření účinnosti 3 pozornostních sítí – bdělosti (*Alerting*), orientace (*Orienting*) a výkonné pozornosti (*Executive attention*). Výhodou tohoto experimentálního testu je možnost využití u dětí, dospělých, nemocných i primátů z důvodu absence použití jazyka. Uprostřed monitoru je fixační bod (+), nad kterým a pod kterým se zjevuje šipka doleva nebo doprava. Osoba má za

úkol rozhodnout, zda šipka směřuje doleva či doprava a to v co nejkratším čase. Šipka se objevuje na ploše obrazovky buď samostatně či s dalšími šipkami po stranách. V tomto případě je cílem vyšetřovaného zhodnotit směr pouze prostřední šipky ze všech vyobrazených (Fan, 2002). Kromě již zmiňovaných tří pozornostních sítí test zaznamenává výsledky o průměrném reakčním čase (*Mean RT*) a procentuální přesnosti odpovědí (*Mean accuracy*).

Měření pozornosti probíhá ve čtyřech fázích po pěti minutách. První část je zkušební a má za úkol zjistit, zda respondent pochopil instrukce pomocí odpovědí „no response, correct a incorrect“.

*„Výkonnost tří pozornostních sítí je hodnocena podle toho, zda byl čas odpovědi ovlivněn bdělostními podněty, prostorovými podněty či postraním zatížením pozornosti“* ( Patlichová, 2008, str. 60 ; Fan, 2002, str.341)

Kontrola výkonné složky pozornosti je často studována pomocí úkolů, které se týkají konfliktu. Fan a jeho spolupracovníci měli za cíl ověřit, zdali jsou tyto tři sítě funkčně samostatné či zda činnost jedné sítě ovlivňuje nebo je v korelaci s ostatními sítěmi (Fan, 2002).

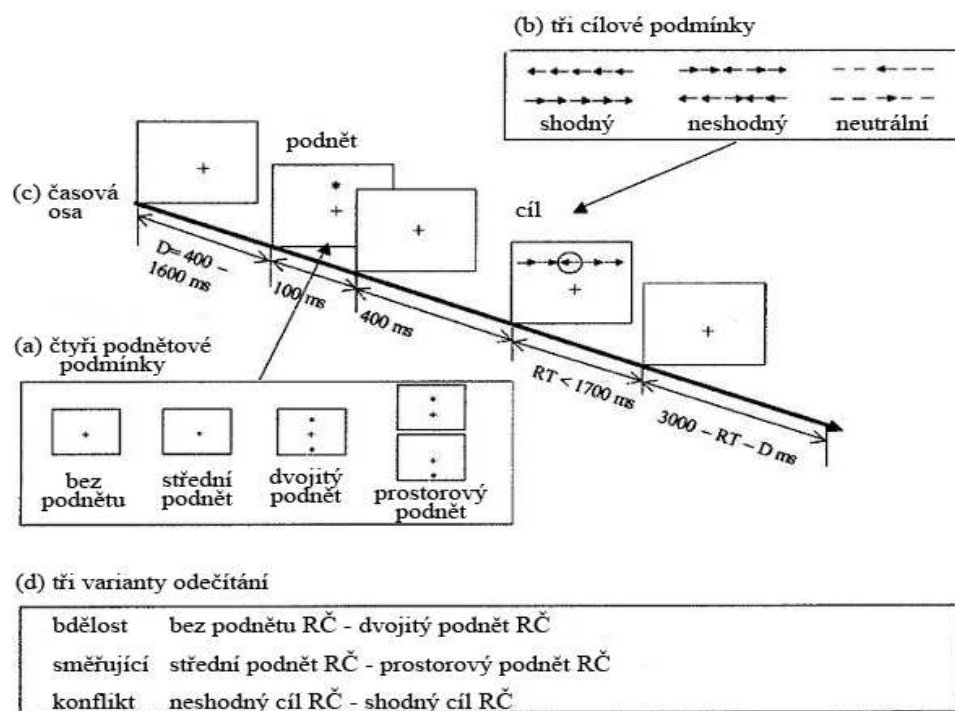
*„Bdělost vypočítáváme z rozdílu průměrného reakčního času po prezentaci dvojitého podnětu a pouze jednoho podnětu. Ani jedna z těchto podmínek neinformovala o tom, zda se podnět objeví nad nebo pod fixačním bodem. Pokud nejsou prezentovány žádné varovné signály, pozornost inklinuje k rozdělení mezi dvě potencionální oblasti výskytu cíle, stejně je tomu tak u dvojitého podnětu. Průměrná hodnotu bdělosti je 47ms se standardní odchylkou 18ms“* (Fan, 2002, str.342).

*„Pro výpočet pozornostní orientace využíváme rozdílu průměrného reakčního času na prostorový podnět a na podnět, jež je umístěn ve středu. Oba dva zmíněné podněty jsou i formou bdělostního podnětu, ale pouze prostorový podnět nám poskytuje možnost predikovat místo výskytu cíle. To umožní jedinci orientovat se do „správného místa“ ještě před tím, než se podnět objeví. Centrální podnět byl použit jako kontrolní,*

protože stejně jako samostatný podnět, odvádí pozornost do jednoho místa. Průměrná orientace dosahuje hodnot 51ms se standardní odchylkou 21ms (Fan, 2002, str.343).

„Z rozdílného průměrného reakčního času při expozici všech kongruentních postranních šipek a průměru postranních inkongruentních šipek je počítán konflikt, tedy exekutivní funkce. Průměr konfliktu pozornosti je 84ms se standardní odchylkou 25ms“ (Fan, 2002, str.343; Patlichová, 2008, str.62).

**Obrázek č.9** Podmětové situace v ANT ( Fan, 2002, str.341; Patlichová, 2008, str.61)



Pozn.: (a) podnětové podmínky v experimentu  
 (b) tři typy cílů  
 (c) časová osa pro každý pokus  
 (d) odečítání použité pro vytvoření skóre sítí  
 Vysvětlivky: RČ - reakční čas, ms = milisekunda

### 9.1.2 Testy zkoumající poruchy osobnosti

V této práci se zaměřujeme na kognici v běžném životě u emočně nestabilní poruchy osobnosti, hraničního typu. Naším cílem bylo vybrat do výzkumného souboru pouze osoby s HPO (u kontrolní naopak tuto diagnózu zamítnout), nikoliv pouze s rysy tohoto onemocnění.

Souborům byl předložen modul pro hraniční poruchy osobnosti z IPDE dotazníku (*International Personality Disorder Examination*).

#### 9.1.2.1 IPDE screening

##### *(International Personality Disorder Examination)*

Tato metoda není určena pro přímé stanovení diagnózy, ale byla použita ke zmapování, aby se předešlo zbytečnému vyšetření v případě, že by se diagnóza nepotvrdila.

IPDE obsahuje 59 otázek s možností odpovědí ano nebo ne. IPDE je screeningovou metodou, která ukazuje možnou přítomnost paranoidní, schizoidní, dissociální, emočně nestabilní (impulzivní typ), emočně nestabilní (hraniční typ), histriónské, anankastické, anxiózní a závislé poruchy osobnosti.

Dotazník má na první straně jasnou instrukci:

*„Účelem tohoto dotazníku je zjistit, jaký typ člověka jste byl/a během posledních 5 let.*

*Prosím nevynechejte žádnou položku. Když si nejste jistá/-ý odpovědí, vyberte tu, která na Vás platí víc. Dotazník není časově omezen, ale nepřemýšlejte o odpovědích příliš dlouho.*

*Když na Vás tvrzení platí, udělejte křížek v kolonce ANO. Když na Vás tvrzení neplatí, udělejte křížek v kolonce NE.*

*Když si přejete změnit odpověď, přeškrtněte nesprávnou odpověď a udělejte nový křížek. Nezapomeňte napsat své jméno a dnešní datum. Potom přečtěte a zodpovězte každou z 59 položek.“*

### 9.1.2.2 IPDE (*International Personality Disorder Examination*)

Výzkumnému a kontrolnímu souboru jsme předkládali modul pro hraniční poruchu osobnosti z IPDE (Loranger, 2006). Pro diagnostikování emočně nestabilní poruchy osobnosti, hraničního typu je nutné splňovat určitá kritéria – trvání delší než 5let, výskyt v posledních 12 měsících a onset (počátek) před 25 rokem života (Loranger, 1997; Loranger, 2006).

*“IPDE je semistrukturovaný klinický rozhovor k vyšetřování poruch osobnosti dle klasifikačních systému MKN - 10 a DSM - IV, který byl vyvinut Světovou zdravotnickou organizací WHO a Americkým národním institutem zdraví NIH během programu vyvíjení a standardizace diagnostických nástrojů pro užívání v klinickém výzkumu po celém světě. Ve světě je IPDE poměrně známou a využívanou metodou, kdežto u nás jde o nástroj nový“* (Nováková, 2004, str. 38).

IPDE byl přeložen do mnoha jazyků (Loranger, 1997) a opakovaně revidován. Poté byl vyzkoušen ve 14 centrech 12 zemí světa (Loranger, 1997, str.59). Rozhovor IPDE, který vznikl modifikací mezinárodního rozhovoru pro poruchy osobnosti (PDE), má 2 modely, které vycházejí z klasifikací MKN-10 (využíván v Evropě) a DSM-IV (využíváno v Americe) (Loranger, 1997).

I když byla zpočátku snaha, aby byly kombinovány obě tyto klasifikace, v rámci úspory času i práce, využívají kliničtí psychologové modulu vycházející pouze z jedné klasifikace (Nováková, 2004). IPDE je dotazník pro osoby starší 18ti let, je však možné jej využít u pacientů mladších. V tomto případě však nesmíme diagnostikovat poruchu osobnosti (Loranger, 1997).

Validita i reliabilita je ovlivněna zkušeností examinátora a je potřebné, aby tato osoba nastudovala manuály ke správnému postupu. Rovněž je zpočátku doporučována supervize zkušeného psychologa či psychiatra před tím, než vyšetřující osoba bude konstatovat diagnózu (Loranger, 2006). Tuto roli zaštiťoval v mém případě pan docent Preiss.

Součástí tohoto modulu pro emočně nestabilní poruchu osobnosti, hraniční typ je záznamový arch, který slouží k průběžnému zaznamenávání skóre během hovoru a směrovací příručka, kde se na konci zapisují dosažené pacientovy hodnoty (Loranger, 2006).

Podle skórovací příručky se stanovuje jistá, pravděpodobná nebo negativní diagnóza (Loranger, 2006).

Loranger (2006) uvádí, že pravděpodobnou diagnózu stanovujeme v případě, že pacient splňuje o jedno diagnostické kritérium méně než je potřeba k stanovení jisté diagnózy. U hraniční poruchy osobnosti je ke stanovení jisté diagnózy nutné, aby pacient splňoval minimálně 3 naplněná kritéria v otázkách 1 – 5 a alespoň 2 naplněná kritéria v otázkách 6-10 (Loranger, 2006).

Modul pro hraniční typ podle kritérií MKN-10 (Loranger, 2006, str.48-49) má 10 hlavních oblastí, kterým odpovídají vytvořené otázky.

Prvních 5 oblastí odpovídá impulzivnímu typu :

1. *Výrazná tendence jednat impulzivně bez uvážení následků*
2. *Výrazná tendence k hádavosti a ke konfliktům s druhými, zvláště když jiní impulzivní jednání kritizují nebo se proti němu staví*
3. *Výrazná tendence jednat zlostně nebo násilně bez uvážení následků*
4. *Nesnáze vydržet s činností, která nenabízí okamžitou odměnu*
5. *Afektivní nestálost*

Dalších 5 oblastí odpovídají hraničnímu typu (Loranger, 2006, str. 48-49)

6. *Zřejmá a dobře dokumentovaná stálá nejistota o sobě samém*
7. *Náchylnost k angažovanosti v intenzivních a nestálých interpersonálních vztazích může být příčinou*
8. *Excesivní pokusy vyhnout se opuštěnosti*
9. *Opakované hrozby nebo jednání vedoucí k sebepoškození*
10. *Chronické pocity prázdnoty*



### **9.1.3 Posouzení depresivní symptomatiky**

Testové metody této kategorie byly předkládány pacientům ve snaze objasnit možný vliv depresivního stavu na kognitivní funkce v běžném životě. Výzkumnému a kontrolnímu souboru byly administrovány dva testy ze zmiňované oblasti. Jedním z nich byla Beckova sepeposuzovací škála deprese (BDI-II; Beck, 1974), druhým zmíněným byla posuzovací stupnice MADRS (Montgomery, Åsberg, 1979), která je na rozdíl od BDI-II administrována examínátorem.

#### **9.1.3.1 Beckova sepeposuzovací škála deprese (Beck Depression Inventory)**

Beckova sepeposuzovací škála deprese je screeningovou zkouškou pro měření nálady (Beck, 1974) a je jedním z nejpoužívanějších nástrojů pro určování závažnosti deprese. V platném znění je dotazník určen pro osoby ve věku od 13 let a je složen z položek týkajících se příznaků deprese, jako jsou podrážděnost a beznaděj, pocity viny nebo trestu, jakož i fyzické příznaky deprese jako je únava, úbytek na váze a nezájem o sex (Wikipedia, 2011, dostupné z [http://en.wikipedia.org/wiki/Beck\\_Depression\\_Inventory](http://en.wikipedia.org/wiki/Beck_Depression_Inventory) ). BDI a BDI-II jsou jednadvaceti položkové verze (Vacíř, Preiss, 1999). Beckova sepeposuzovací škála je ve třech formách – BDI-I z roku 1961, revidovaná verze BDI-IA vyšla v roce 1978 a BDI-II v roce 1996 (Wikipedia, 2011, dostupné z [http://en.wikipedia.org/wiki/Beck\\_Depression\\_Inventory](http://en.wikipedia.org/wiki/Beck_Depression_Inventory)). Druhá verze (BDI-II) se víc přiblížila diagnostickým kritériím DSM. Česká verze BDI-II byla publikována (Preiss, Vacíř, 1999).

*„Položky jsou zaměřeny na afektivní, kognitivní, motivační a fyziologické symptomy deprese. Dotazník měří stav, ne depresivitu jako rys osobnosti“ (Preiss, Vacíř, 1999, str.6).*

Pacient dotazník vyplňuje samostatně se standardní instrukcí:

*„V následující části dotazníku je 21 skupin různých tvrzení. Přečtěte si, prosím, každou skupinu pečlivě. Zakroužkujte v každé skupině jeden **výrok**, který nejlépe vystihuje, jak se cítíte během posledních 14 dnů včetně dneška. Pokud Vašemu stavu odpovídá několik tvrzení, vyberte si vždy tvrzení s nejvyšším číslem. Pokaždé vyberte ze skupiny pouze jeden výrok.”*

Respondent může volit mezi čtyřmi skóry – 0, 1, 2, 3. Maximální možný počet bodů je tedy 39 (Preiss, Vacíř. 1999).

#### ***9.1.3.2 Stupnice Montgomeryho-Asbergové pro posouzení deprese MADRS (Motgomery and Asberg Depression Rating Scale)***

Škála obsahuje 10 otázek (Montgomery, Asberg, 1979, str.382-389), které se bodují sudými nebo lichými čísly od 0 po 6 bodů podle závažnosti stavu. Maximální možný počet bodů je 60.

## ***10. Analýza zjištěných výsledků výzkumného projektu***

Získané údaje byly vyhodnoceny podle standardních postupů určených k testovým metodám. Na základní deskriptivní úkony jsme využívali statistické operace v programu MS Excel a SPSS. Jednalo se především o výpočet průměru, standardních odchylek, rozptylu a pod. Náš projekt je především druhem empirického výzkumu korelačního a tyto operace jsme prováděli v počítačovém statistickém programu SPSS.

*Cílem statistického zpracování bylo zjistit:*

1. charakteristiky experimentální a kontrolní skupiny
2. porovnat dotazníkové metody mezi sebou
3. porovnat výsledky obou zmiňovaných skupin
4. porovnat výsledky ANT testu
5. zjistit míru vztahu mezi výsledky BDI a ANT

Ke zjištění charakteristik souboru jsme se rozhodli použít t-test pro dva nezávislé výběry. Hendl ve svých stručných pravidlech pro použití t-testu uvádí minimální počet výběru 15 (Hendl, 2006). Tuto podmínku jsme tedy splnili. T-test je metodou [matematické statistiky](#), která umožňuje ověřit, zda [normální rozdělení](#), z něhož pochází určitý [náhodný výběr](#), má určitou konkrétní [střední hodnotu](#), přičemž [rozptyl](#) je neznámý nebo zda dvě [normální rozdělení](#) mají stejný [rozptyl](#), z nichž pocházejí dva nezávislé [náhodné výběry](#), mají stejné [střední hodnoty](#) (nebo rozdíl těchto středních hodnot je roven určitému danému číslu). Získané údaje jsme testovali rovněž neparametrickými testy (pracujeme s pořadím na místo skutečných hodnot) jako jsou Mann-Whitney U testem či Kolmogorov-Smirnovovým testem, ale výsledky byly shodné.

Ke zjišťování těsnosti vztahu analyzovaných dat jsme rozhodli aplikovat Spearmanův korelační koeficient. Spearmanovým

koeficientem „měříme sílu vztahu  $X$  a  $Y$ , kdy nemůžeme předpokládat linearitu očekávaného vztahu nebo normální rozdělení proměnných  $X$  a  $Y$ ... Význam tohoto kroku spočívá v tom, že jeho koeficient zachycuje monotónní vztahy (ne pouze lineární, ale pomalu rostoucí či klesající) a je rezistentní vůči odlehlým hodnotám (Hendl, 2006, str. 257).

Data jsme rovněž prověřili kontrole Pearsonovým korelačním koeficientem, který i přes některé své nedostatky (vyjadřuje pouze sílu lineárního vztahu, špatně měří jiné vztahy, ať jsou jakkoliv silné, je ovlivněn odlehlými hodnotami, nerozlišuje mezi závisle a nezávisle proměnnou (Hendl, 2006) a další) zůstává „nejdůležitější mírou síly vztahu dvou náhodných spojitých proměnných  $X$  a  $Y$  (Hendl, 2006, str.243).

Získaná data byla vyhodnocována na pěti procentní hladině významnosti.

### ***H 1.1 Výzkumný a kontrolní soubor se bude statisticky signifikantně lišit ve výsledcích testů CFQ, MFQ a MIA ( příloha č.2 a 3)***

V první hypotéze se snažíme ověřit, zda výzkumný soubor, tedy osoby s diagnostikovanou emočně nestabilní poruchou osobnosti, hraničního typu budou v testech kognitivních schopností zaměřených na zkoumání deficitu v běžném životě dosahovat horších výsledků. Předpokládáme, že v testech kognitivních selhání (CFQ) bude subjektivní hodnocení výzkumného souboru obsahovat větší počet selhání, závažnější paměťové nedostatky, apod. Vyšší skóre v jednotlivých škálách očekáváme u dotazníku funkční paměti, stejně tak u dotazníku metapaměti pro dospělé.

V dotazníku CFQ nenalézáme větší difference mezi oběma soubory. Výzkumný soubor dosahoval průměrných hodnot 70,0 (SD 17,6;  $p=0,07$ ). U kontrolního souboru jsme naměřili průměrné hodnoty 59,3 (SD 13,5;  $p= 0,07$ ).

Z dosažených výsledků je patrná odlišnost v průměrných údajích v dotazníku MFQ v *Obecné hodnotící škále*, která vykazuje vyšších hodnot u kontrolního souboru oproti výzkumné. Soubory hodnotily své paměťové potíže a vybíraly z možností odpovědi ze sedmibodové škály od neustále (1) přes někdy (4) po nikdy (7). Pacienti dosahovali průměrných hodnot 3,6 (SD 1,4;  $p=0,01$ ), tedy hodnotili svou paměť z hlediska problémů, které by v této oblasti mohli mít, za problémy větší (odpověď 2) až po několik menších (odpověď na stupnici číslo 4). Kontrolní soubor považoval své problémy za několik menších až téměř žádné (z nabízených sedmi možností vybírali od 4 do 5) a dosahoval průměrných hodnot 4,87 (SD 0,9;  $p=0,01$ ). Z toho vyplývá, že výzkumný soubor subjektivně hodnotí své obecné paměťové potíže za daleko závažnější.

Ve škále *Četnosti zapomínání* (MFQ) jedinci vybírali z možností odpovědi ze sedmibodové škály od neustále (1) přes někdy (4) po nikdy (7). Očekávali jsme nižší skóry u pacientů oproti „zdravým jedincům“. Zatímco výzkumný soubor „skóroval“ na stupnici mezi 4 až 5 s průměrnou hodnotou 82,3 (SD 14,4;  $p=0,03$ ) a problémy s četností se u něho objevují někdy (odpověď 4), kontrolní soubor dosahoval průměrných výsledků 93,7 (SD 12,0,  $p=0,03$ ) a subjektivně posuzoval své problémy se zapomínáním za méně vážné (odpověď 5-6).

Naše výsledky se shodují s naším předpokladem a tuto tendenci nalézáme i u *Škály četnosti zapomínání v průběhu čtení* (MFQ). Respondenti hodnotí, jak často se u nich vyskytují problémy se zapamatováním kapitol knih, odstavců v časopisech, apod. Výzkumný soubor oproti kontrolnímu dosahoval nižších průměrných výsledků (49,7; SD 12,7;  $p<0,01$ ), které můžeme interpretovat jako častější problémy se zapamatováním si informací a údajů z knih, novin a časopisů. Průměrné výsledky kontrolního souboru jsou 64,9 (SD 3,7;  $p<0,01$ )

Významnější rozdíly jsme naměřili ve škálách *Změna a Anxieta* v dotazníku metapaměti pro dospělé (MIA). Výzkumný soubor

subjektivně považuje změny v kapacitě své paměti za větší a závažnější - průměrná hodnota 46,5 (SD 11,6,  $p=0,02$ ). Kontrolní soubor s průměrnou hodnotou 55,2 (SD 6,9;  $p=0,02$ ) by měl pociťovat v této sféře větší stabilitu. Hraniční jedinci ve škále *Anxieta* (MIA) dosahují průměrných výsledků 45,93 (SD 7,1;  $p=0,01$ ) oproti kontrole s hodnotami 37,5 (SD 8,5;  $p=0,01$ ).

Pacienti by měli, dle získaných dat, pociťovat větší úzkost ve vztahu k paměťovým výkonům oproti skupině kontrolní. Hodnoty u výzkumného souboru by mohly poukazovat na obavu jedinců z výsledků testů, neboť sami vnímají paměťové změny, častější zapomínání a obecně hodnotí své paměťové schopnosti v běžném životě za zhoršené.

**Tabulka č.9** Průměrné hodnoty výsledků a dosažená hladina významnosti při srovnání jednotlivých škál kognitivních testů u obou souborů pomocí t-testu (Statisticky významné hodnoty jsou barevně označeny)

	<i>Výzkumný soubor</i>	<i>Kontrolní soubor</i>	<i>T-test</i>
<i>Škály Kognitivních testů</i>	Průměr (standardní odchylka)	Průměr (standardní odchylka)	Úroveň p
<i>CFQ</i>	70,0 (17,6)	59,3 (13,5)	0,07
<i>MFQ obecná hodnotící škála</i>	<b>3,6 (1,4)</b>	<b>4,9 (0,9)</b>	<b>0,01</b>
<i>MFQ retrospektivní funkční škála</i>	17,6 ( 8,8)	20,9 ( 4,76)	0,22
<i>MFQ četnost zapomínání</i>	<b>82,3 ( 14,4)</b>	<b>93,7 ( 12, 0)</b>	<b>0,03</b>
<i>MFQ čet.zapomínání v průběhu čtení</i>	<b>49,7 (12,7)</b>	<b>64,9 (3,7)</b>	<b>&lt;0,01</b>
<i>MFQ škála paměti pro dřívější události</i>	16,2 (6,9)	19,4 ( 4,3)	0,14
<i>MFQ škála závažnosti</i>	89,6 (23,2)	98,3 (23,3)	0,31
<i>MIA strategie</i>	58,6 (7,9)	58,3 (6,3)	0,90
<i>MIA znalost</i>	56,7 (3,9)	59,6 (7,6)	0,19
<i>MIA kapacita</i>	52,9 (9,0)	58,7 ( 8,6)	0,08
<i>MIA změna</i>	<b>46,5 (11,6)</b>	<b>55,2 (6,9)</b>	<b>0,02</b>
<i>MIA anxieta</i>	<b>45,9 (7,0)</b>	<b>37,5 (8,5)</b>	<b>0,01</b>
<i>MIA motivace</i>	57,9 (7,3)	53,3 (9,7)	0,15
<i>MIA Locus</i>	29,9 (6,2)	30,4 (5,2)	0,83

Při porovnávání výsledků obou skupin pomocí t-testu jsme došli k závěrům, že skupiny se výrazně liší ve škálách, které jsme uvedli výše. Dosažená hladina významnosti nižší než 0,05 nabývala tedy hodnot u *Škály obecné hodnotící (MFQ)*, *Četnosti zapomínání (MFQ)*, *Zapomínání v průběhu čtení dotazníku MFQ* a *Anxiety* a *Změny dotazníku MIA*.

### ***H 1.2 Pozornostní test ANT má významný vztah k subjektivně vnímané míře depresivních symptomů***

V této hypotéze se snažíme ověřit vztah mezi výsledky pozornostního testu ANT a skóry v testu BDI-II. Je patrné, že se oba dva soubory statisticky signifikantně liší v průměrných hodnotách (tabulka č..) U kontrolního souboru (průměrná hodnota 6,5; SD 3,6) neshledáváme subjektivně vnímanou míru depresivních symptomů na rozdíl od souboru výzkumného (průměrná hodnota 37,6; SD 10,5). Významnou korelaci shledáváme pouze mezi *Průměrným reakčním časem* a BDI-II u kontrolního souboru -0,75 ( $p < 0,01$ ), která nám naznačuje vzájemný vztah mezi nízkým skórem v testu měřící subjektivně vnímané depresivní symptomy a nízkým skóre v *Průměrném reakčním čase* v pozornostním testu ANT. Ostatní hodnoty se neukazují jako statisticky významné.

**Tabulka č. 10** Spearmanův korelační koeficient ANT a BDI obou souborů  
( Statisticky signifikantní korelace a úroveň p je barevně značena)

	<i>Výzkumný soubor</i>		<i>Kontrolní soubor</i>	
	<i>r</i>	<i>Úroveň p</i>	<i>r</i>	<i>Úroveň p</i>
<i>Průměrná bdělost</i>	0,11	0,69	-0,47	0,08
<i>Průměrná orientace</i>	0,19	0,5	-0,14	0,61
<i>Průměrný konflikt</i>	0,22	0,43	-0,14	0,60
<i>Průměrný reakční čas</i>	-0,01	0,98	-0,75	$p < 0,01$
<i>Průměrná správnost</i>	-0,13	0,64	0,08	0,78

### ***H 1.3 Výzkumný soubor bude dosahovat statisticky významně horších výsledků v testu ANT***

Abychom mohli potvrdit či vyvrátit tuto hypotézu, zjišťovali jsme, zdali existuje vztah mezi diagnózou emočně nestabilní poruchy osobnosti, hraničního typu a mezi výsledky testu ANT. Použili jsme, již zmíněných, korelačních koeficientů Spearmanova a Pearsonova. I u této hypotézy spatřujeme malý počet jedinců v obou souborech jako jeden z nedostatků tohoto výzkumného projektu. Při testování nenalézáme mezi soubory statisticky signifikantní korelaci, pouze trend k významné korelaci mezi škálou *Průměrné správnosti* testu ANT a výzkumným probandem.

Při výpočtu průměrných hodnot testu ANT jsme zjistili pouze nevýznamný rozdíl v *Průměrné bdělosti, orientaci* či *konfliktu*. Statisticky signifikantní je rozdíl v *Průměrném reakčním čase*, který dosahuje hodnot u výzkumného souboru 640,27ms (SD 116,6;  $p=0,01$ ) oproti souboru kontrolnímu s 538,80ms (SD 49,83). Tento signifikantní rozdíl nalézáme také v *Průměrné správnosti*. Kontrolní soubor dosahuje při odpovědi úspěšnost 99% (SD 1,0;  $p=0,02$ ), výzkumný pouze 96,8% (SD 3,3).

Naše zjištění podporují výsledky výzkumného projektu Kláry Patlichové v *Průměrné bdělosti, orientaci, reakčním čase* a *správnosti*. Docházíme však k odlišným hodnotám v *Průměrném konfliktu*. Docházíme k hodnotám 165,40ms u hraničních pacientů a 136,47ms u souboru kontrolního. Patlichová však předkládá, že „průměrný výkon experimentální skupiny (165,53 ms) je více než třikrát vyšší v porovnání se skupinou kontrolní (45,67 ms)“ (Patlichová, 2008, str. 83). Tento rozpor blíže popíšeme v diskusi.



**Tabulka č.11** Popis průměrných výsledků ANT testu v ms (významné hodnoty jsou barevně označeny)

	<i>Bdělost</i> (SD)	<i>Orientace</i> (SD)	<i>Konflikt</i> (SD)	<i>Reakční čas</i> (SD)	<i>Správnost</i> (SD)
<i>Výzkumná skupina</i>	35 (21,2)	51,4 (24,4)	165,4 (60,8)	<b>640,3</b> <b>(116,6)</b>	<b>96,8</b> <b>(3,3)</b>
<i>Kontrolní skupina</i>	33,6 (18,8)	40,4 (18,4)	136,5 (57,3)	<b>538,8</b> <b>(49,8)</b>	<b>99</b> <b>(1,0)</b>
<i>Dosažená hladina významnosti (úroveň p)</i>	0,85	0,17	0,19	<b>0,01</b>	<b>0,02</b>

Při srovnávání výsledků obou souborů pomocí t-testu jsme našli statisticky významné rozdíly pouze ve dvou z pěti parametrů (*Průměrného reakčního času* a *správnosti*). Ve zbylých třech parametrech (*Průměrná bdělost*, *orientace* a *konflikt*) ne (viz tabulka č.).

#### ***H 1.4 Výsledky sebeposuzovacích metod zaměřené na kognitivní potíže v běžném životě mají významný vztah k pozornostnímu testu ANT***

Ke korelaci zmíněných testů jsme využili Spearmanův korelační koeficient. Snažili jsme se ověřit vztah mezi jednotlivými škálami ANT a jednotlivými škálami CFQ, MFQ a MIA.

Můžeme poukázat na statisticky významný vztah mezi škálou konfliktu v testu ANT a dotazníkem CFQ ( $p=0,01$ ) u výzkumného souboru (viz příloha č.). Pouze u této korelace dosahoval dotazník CFQ hodnot statisticky významných

U kontrolního souboru v dotazníku MFQ statisticky významně korelovala *Retrospektivní funkční škála* s *Průměrnou orientací* ( $p=0,01$ ) a *Správností* ( $p=0,02$ ). Hodnoty bychom mohli interpretovat tak, že čím lepších výsledků dosahoval kontrolní soubor v *Průměrné orientaci* a *Správnosti*, tím spatřoval ve své *Retrospektivní paměti* menší problémy. Negativní korelace vyšla mezi *Průměrným reakčním*

*časem a Pamětí na dřívější události* (MFQ;  $p=0,04$ ). Z korelace  $-0,53$  vyplývá, že existuje vzájemný vztah mezi hodnotami *Reakčního času* a horší zapamatovatelností události, které se staly v minulosti.

*Reakční čas* má rovněž vztah ke znalostem týkající se *Znalostí* o základních procesech paměti v dotazníku metapaměti pro dospělé ( $p=0,01$ ).

Negativní korelaci můžeme nalézt mezi *Bdělostí* a *Kapacitou* paměti v MIA ( $p=0,02$ ). To znamená, že osoby s horšími výsledky v bdělostní škále dosahují nižšího přesvědčení o kapacitě své paměti.

Korelaci nalézáme mezi škálou *Orientace* pozornostního testu a škálou *Změny* v MIA ( $p=0,02$ ).

**Tabulka č. 12** Korelace a statistické významnosti mezi testem ANT a kognitivními testy u kontrolního souboru (Statisticky významné hodnoty jsou označeny)

	<i>Bdělost</i>		<i>Orientace</i>		<i>Konflikt</i>		<i>Reakční čas</i>		<i>Správnost</i>	
	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r
<i>CFQ</i>	0,33	-0,27	0,31	0,28	0,99	0,00	0,36	-0,25	0,11	0,43
<i>MFQ obecná škála</i>	0,89	-0,04	0,14	0,40	0,99	0,00	0,23	0,33	0,58	-0,16
<i>MFQ retrospektivní</i>	0,33	-0,27	0,01	0,62	0,73	0,10	0,33	-0,27	0,02	0,58
<i>MFQ četnost zapomínání</i>	0,44	-0,21	0,59	-0,15	0,27	-0,30	0,89	-0,04	0,75	-0,09
<i>MFQ při čtení</i>	0,38	0,24	0,63	0,13	0,93	0,02	0,34	0,27	0,84	0,06
<i>MFQ dřív.událost</i>	0,91	0,03	0,70	-0,11	0,79	-0,07	0,04	-0,53	0,28	0,30
<i>MFQ závažnost</i>	0,44	0,21	0,17	-0,37	0,44	0,21	0,88	0,04	0,27	0,31
<i>MIA strategie</i>	0,25	0,32	0,23	0,33	0,14	-0,40	0,76	-0,09	0,33	-0,27
<i>MIA znalost</i>	0,65	-0,13	0,76	0,08	0,12	0,42	0,01	0,63	0,62	-0,14
<i>MIA kapacita</i>	0,02	-0,60	0,68	0,11	0,57	0,16	0,89	0,04	0,35	-0,26
<i>MIA změna</i>	0,07	0,49	0,02	0,58	0,29	0,29	0,77	0,08	0,61	0,15
<i>MIA anxieta</i>	0,90	0,03	0,53	-0,17	0,19	-0,36	0,50	-0,19	0,72	-0,10
<i>MIA motivace</i>	0,22	-0,34	0,91	0,03	0,79	-0,07	0,29	0,30	0,70	-0,11
<i>MIA locus</i>	0,63	-0,13	0,46	-0,21	0,94	0,02	0,40	-0,24	0,53	-0,18

## 11. Diskuse

V následujícím textu bychom rádi kriticky uvažovali nad zjištěnými daty a konstatovali omezení našeho výzkumného projektu, které jsme si už na začátku či průběhu začali uvědomovat.

V České republice bylo vydáno poměrně málo publikací, které se problematikou HPO zabývají, avšak v zahraničí můžeme najít velké množství článků, knih či internetových serverů, jež se hraniční poruše osobnosti věnují. Můžeme tedy říct, že se jedná o jakýsi boom hraničních poruch osobnosti s přelomem a na začátku nového tisíciletí a příčina je viděna v globálních sociálních a kulturních změnách (Faldyna, 2000).

Naše práce měla za cíl zmapovat kognitivní funkce v běžném životě u vybraných hraničních pacientů, kteří tvořili výzkumný soubor a porovnat je s výsledky kontrolního souboru. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli, že se zaměříme pouze na testy, se kterými operujeme a na problematiku ekologické validizace, která hraje v tomto směru podstatnou roli.

Počet testových metod a publikací obecně, které se zaměřují na zjišťování kognitivních schopností jedinců v běžném životě, se v posledních letech zvyšuje. Výzkumy se zaměřují na vztah dotazníků běžných kognitivních selhání s testy na zjišťování pozornosti. Smith et al. (1995) zkoumal soustředěnou pozornost, kategorické vyhledávání a kognitivní poruchy a dospěl k názoru, že kognitivní poruchy jsou v negativní korelaci s rychlostí kategorického vyhledávání. Účastníkům výzkumu s vyšší pravděpodobností výskytu kognitivních poruch trvalo déle než identifikovali hledané cíle. Naše hypotéza (H 1.4), která zkoumala vztah sebezposuzovacích metod zaměřených na kognitivní potíže v běžném životě a pozornostního testu ANT potvrzuje toto přesvědčení pouze mezi některými škálami dotazníku MIA a MFQ (viz. Tabulka č..) u kontrolního souboru. Můžeme poukázat na statisticky významnou korelaci mezi škálou *Konfliktu* v testu ANT a dotazníkem CFQ ( $p=0,01$ ) u výzkumného souboru (viz příloha č. 4). Je překvapivé, že

pouze u této korelace dosahoval dotazník CFQ hodnot statisticky významných. Neočekávaný byl rovněž počet statisticky signifikantních korelací u souboru kontrolního, který šestinásobně převýšil skupinu hraničních osobností.

Smith et al (1995) naznačuje, že při testování CFQ dotazníku může nastat potencionální problém, že dotazník měří vlastnost spíš než individuální stav jedince. Výsledky, dle jejich názoru, mohou odrážet korelované vlastnosti dotazníku, místo aby naznačovaly vady v kognitivních procesech či rozdíly v preferovaných výkonnostních strategiích (Smith et al., 1995).

S výzkumem, který se také zabýval vztahem dotazníku CFQ a pozornosti přichází Robertson et al. (1997), který zjistil, že celkový skóre kognitivních potíží, který měřili pomocí CFQ bylo v negativním vztahu s výkonem v úkolech na neustálou pozornost SART (Sustained attention to response task; test, který vyžaduje, aby osoba, odpověděla na všechny necílové stimuly a odepřela odpověď na stimuly cílové - označovala všechny čísla kromě čísla 3). Osoby, jež dosahovaly vysoké skóre v CFQ, nedokázaly potlačit reakci na SART, když to situace vyžadovala. Faktor *Paměti* v CFQ shledali jako signifikantní prediktor pro výkon v SART v případech, když jedinci opomenuli odpovědět na stimul, na který reagovat měli. V našem výzkumném projektu jsme korelovali pozornostní test ANT s dotazníkem CFQ a hodnoty, které by podporovaly tuto studii, jsme naměřili pouze u jedné škály *Konfliktu* ANT u výzkumné skupiny ( $r=0,62$ ;  $p=0,01$ ).

Jedním z aspektů našeho výzkumného projektu byla snaha ověřit vztah pozornosti a diagnostikovanou poruchou osobnosti. Poruchy pozornosti jsou součástí každodenního života ve všech sférách. Chybami máme na mysli ta běžná, každodenní pochybení V případech, kdy jsou méně závažné, způsobují „pouze“ stavy diskomfortu. Na druhé straně však existují i ve velmi závažné případy, jež zapříčiňují nehody, zranění i ztráty na životech. Díky poměrně častým nehodám z titulu

absence pozornosti a jejich vysoké závažnosti, je poměrně překvapivé, že se těmto tématům nevěnuje větší pozornost. Zahraniční výzkumy (Weaver et al, 2009), které se zabývaly možností predikovat dopravní nehody a zkoumaly vztah těchto možných nehod s výsledky testů ANT, naznačují, že test ANT má vysokou validitu a schopnost předpovídat skóre řidičských testů na simulátoru.

Houston (1989) přichází se zajímavým zjištěním, že sebezaměření pozornosti by mohlo být jedním ze základních faktorů zodpovědných za kognitivní poruchy. Měla tím na mysli to, že pozornost věnovaná svému chování může snížit úroveň pozornosti, která je vyžadována na další úkoly. Tento poznatek by vysvětloval obecně horší výsledky, kterých dosahovali hraniční pacienti (viz tabulka č.9 a č.11) díky své sebezaměřenosti, jak jsme popsali blíže v teoretické části.

V našem výzkumném projektu jsme se zabývali tím, zdali testové metody, které využíváme ke zjišťování kognitivního deficitu v běžném životě, měří skutečný paměťový výkon.

Zelinski a kolektiv (Zelinski et al, 1990, str.388-389) srovnávali dotazník MFQ a zjišťovali souběžnou validitu s paměťovými výkony a subjektivně vnímanými paměťovými potížemi. Autoři upozorňují v dotazníku MFQ na možný nedostatek spolehlivosti a vnitřní konzistence (nebo oba) některých paměťových sebehodnotících nástrojů, na rozdíly v subjektivitě měřítek výkonnosti u jedinců či na rozdílnou populaci. Dle jejich názoru, existují dvě hlavní proměnné, které ovlivňují vnímané kognitivní problémy – emoční a zdravotní stav. *„Zdravotní stav se zdá být důležitým faktorem v paměťových potížích a mělo by se k tomuto aspektu přihlížet při zkoumání vztahu mezi paměťovým sebehodnocením a výkonem“* (Zelinski et al, 1990, str.389). Tento názor by se shodoval s našimi výsledky, ve kterých výzkumný soubor považoval své paměťové potíže za výraznější a častější, jeho výsledky v testu ANT byly signifikantně horší (*Průměrný reakční čas* a *Správnost*) či byl trend k významnému rozdílu (tabulka č 11, příloha č.1). Musíme poukázat také

na to, že výzkumný soubor subjektivně pociťoval depresivní stavy a jejich průměrná hodnota 37,6 (SD 10,5) by spadala již do pásma středně těžké deprese.

Posuzováním vztahu mezi sebeúčinností paměti (MSE; Memory Self-Efficacy) a objektivními indexy výkonu paměti se zabývala Valentijn a její spolupracovníci ve své studii (Valentijn et al., 2006). Teorie sebeúčinnosti paměti předpokládá, že účinnost rozhodnutí je často založena na více zdrojích - na vlivech prostředí jako je zkušenost z předchozích plnění úkolů, sociální učení od referenční skupiny, sociální přesvědčování či na psychologických proměnných jako je vzrušení nebo úzkost (Valentijn et al., 2006, str.165). Valentijn et al. porovnávali tři škály z dotazníku metapaměti pro dospělé (*Změna, Kapacita a Anxieta*) s MMSE (Mini-Mental State; Folstein, Folstein, McHugh, 1975) a Vizuálním testem verbálního učení (VVLTV; Brand, Jolles, 1985). Zjištění ukázala, že MSE, jež byla měřena dotazníkem MIA, predikovala objektivní výkon paměti, stejně tak škála *Změny* předpovídala výkon epizodické paměti (Valentijn et al., 2006, str.170-171).

V teoretické části jsme se zmínili, že vysvětlení či nalezení jedné příčiny, která by odhalovala původ HPO nejsou možné a přibývají hypotézy, jež předkládají model, který slučuje podíl genetických dispozic (osobnostních rysů, biologické vulnerability) a okolních faktorů (psychosociální rizikové faktory) (Gunderson, Hoffman, 2005, str.13).

Z tohoto důvodu byly velmi zajímavé zjištění Arbuckla a jeho kolegů (Arbuckle et al, 1992, str.26), kteří zkoumali hypotézu, zdali psychosociální kontextuální faktory přispívají k vývojovým změnám v paměti. Jejich studie předkládala názor, že paměťové obtíže a výkon paměti, nejsou určeny pouze skutečnou pamětí, schopnostmi či dovednostmi, ale také souvisí se zmiňovanými kontextovými faktory, jako jsou demografické proměnné (např. vzdělání), zdravotní, psychické a sociální proměnné jako jsou rysy osobnosti, afektivní stav, environmentální stres nebo sociální podpora (Arbuckle et al, 1992). Jejich

přesvědčení by potvrzovalo naše zjištěné výsledky u výzkumného souboru, který dosahoval v kognitivních dotaznících vždy horších výsledků (statistickou významnost jsme naměřili v dotazníku MFQ u *Obecné hodnotící škály*, *škály Četnosti zapomínání* a *Četnosti zapomínání při čtení*, dále v dotazníku MIA ve škálách *Anxieta* a *Změna*).

Ponds a Jolles (1996) ve své studii ověřují strukturu, spolehlivost a diskriminační platnost dotazníku metapaměti pro dospělé (MIA) v holandské verzi. Tato studie doporučuje nadnárodní použití MIA jako vícerozměrného výzkumu a klinického nástroje pro měření sebehodnocení paměti. To nás podporuje v přesvědčení, že je dotazník MIA jednou ze správně zvolených testových metod.

Většina testových metod, které využíváme ke zjišťování výsledků, vycházejí z principu sebesouzení či sebenáhledu (výjimku tvoří test ANT, jež je vyhodnocován počítačem). Vyšetřované osoby mají hodnotit, jakým způsobem funguje jejich paměť či kognitivní vnímání v jejich přirozeném prostředí při každodenních, běžných aktivitách. Každý člověk je individualita a na své prožívání diskomfortu v kognitivní oblasti může nahlížet rozdílně. Tímto se dostáváme k již zmiňované problematice ekologické validity.

Hartl s Hartlovou ji definují jako „*ověření možnosti přenosu experimentálně získaných údajů do reálného každodenního života člověka*“ (Hart, Hartlová, 2004, str.662).

Podle Brunswika ekologická validita představuje pro organismus „*možné využití různých podnětů v jejich „ekologii“*“. *Nejde o generalizaci výsledků laboratorního experimentu, ale o míru vztahu. V současné době si ekologická validita klade otázku: „Co nám výsledky vyšetření říkají o tom, jak náš pacient zvládá požadavky každodenního života“* (Preiss, Krámská, 2007, str.215)?

Nesmíme zapomenout, že při hodnocení vztahu mezi výsledkem testu a běžným chováním nám zde vstupují další, intervenující proměnné, jako

je například rychlost zpracování informací, stupeň rušení a mnoho dalších a posuzovat ho, je proto velice komplikované (Preiss, Krámská, str. 218).

Překvapivým zjištěním je pro nás rozdíl v naměřených hodnotách mezi našimi zjištěními a výsledky Kláry Patlichové. Patlichová (2008) se ve svém výzkumném projektu zaměřila na ověřování výzkumu pozornosti Posnera a jeho spolupracovníků (Posner et al, 2002). Posner, jak jsme se již zmínili, poukazuje na existenci tři pozornostních sítí, které mají vztah k různým stránkám pozornosti. Rozděluje síť bdělosti, orientace a výkonu neboli exekutivní kontroly (Posner, Rothbart, 2007, str.7). Můžeme říci, že ve složce *Exekutivní funkce* se výsledky naší práce blíží výsledkům Posnera a jeho spolupracovníků. Rozdíl mezi výzkumnou a kontrolní skupinou Posner (Posner et al, 2002) udává (140ms ku 105ms), hodnoty našeho výzkumu ukazují 165ms(výzkumný soubor) a 136ms (kontrolní soubor). To znamená, že výzkumný soubor vykazuje nejen horší výsledky oproti kontrolnímu, ale oba soubory dosahují horších hodnot obecně. V ostatních složkách v Posnerově výzkumu skupiny dosahují stejných hodnot (tabulka č.13). Naše výsledky však naznačují výraznější rozdíly mezi soubory v *Průměrném reakčním čase* a *Správnosti*, jak jsme popsali v hypotéze 1.3.

**Tabulka č. 13** Průměrné dosažené hodnoty v ms testu ANT v Posnerově výzkumu (2002, str.16368) (Výzkumná a kontrolní skupina je označena)

	<i>Průměrná bdělost</i>	<i>Průměrná orientace</i>	<i>Průměrný konflikt</i>	<i>Průměrný reakční čas</i>	<i>Průměrná Správnost</i>
<b><i>HPO pacienti</i></b>	<b>40</b>	<b>58</b>	<b>140</b>	<b>571</b>	<b>0,98</b>
<i>Nemedikovaná HPO</i>	40	55	133	584	0,99
<i>Medikovaná HPO</i>	40	61	147	558	0,97
<i>Temperamentové kontroly</i>	37	64	125	540	0,97
<b><i>Průměrné kontroly</i></b>	<b>36</b>	<b>58</b>	<b>105</b>	<b>532</b>	<b>0,98</b>

Když se blíže zaměříme na výsledky Patlichové, ve výsledcích obou skupin našich výzkumných projektů nejsou výraznější rozdíly kromě hodnoty *Průměrného konfliktu* u kontrolní skupiny. Patlichová



předkládá údaj 46ms, jež je rozdílný s našimi zjištěnými hodnotami 136ms.

**Tabulka č.14** Průměrné dosažené hodnoty v ms testu ANT ve výzkumu Patlichové (2008)

	<i>Průměrná bdělost</i>	<i>Průměrná orientace</i>	<i>Průměrný konflikt</i>	<i>Průměrný reakční čas</i>	<i>Průměrná správnost</i>
<i>Výzkumná skupina</i>	35	49	166	669	93
<i>Kontrolní skupina</i>	29	43	<b>46</b>	478	99

Náš výzkum měl některá omezení, která bychom rádi uvedli. Jednalo se o určitou nehomogenitu vzorku (patrná je odlišnost skupin zřejmá rozdílnými směrodatnými odchylkami). Ačkoliv jsme se snažili „spárovat“ kontrolní soubor s výzkumným podle věku, pohlaví a vzdělání, existuje řada proměnných, které by mohly mít vliv.

Nezachycovali jsme takové proměnné jako je socioekonomický statut či jsme nezjišťovali dosaženou úroveň inteligence (souboru nebyl předkládán inteligenční test).

U kontrolního souboru jsme nezkoumali fyzické či psychické stresory, které by mohly ovlivnit výsledky. Při bližším pozorování jsme nabyli dojmu, že tento soubor nepovažuje testování za důležité. Důvodem by mohl být fakt, že „zdraví jedinci“ sice popisovali své kognitivní deficity, ale nebyly pro ně natolik závažné, aby jim způsobovaly podstatné problémy v běžném fungování.

U výzkumného souboru mohla hrát roli míra medikace. Každý z pacientů, který zde byl hospitalizován, procházel podpůrnou psychofarmakologickou léčbou (např. antidepresiva, anxiolitika a další). Musíme si pak klást otázku, nakolik je „*nacházený kognitivní deficit způsoben onemocněním samotným a nakolik se na jeho rozvoji podílí antidepresivní léčba. Zejména benzodiazepiny mohou způsobit narušení paměti a zpomalení celkového kognitivního výkonu jako výsledek jejich sedativního efektu*“ (Preiss, 2008, str.89).

Dalším faktorem by mohla být také hospitalizace u výzkumného vzorku. Některé výzkumy, které se zabývají právě touto problematikou v oblasti depresivních pacientů shledávají v kognitivních testech rozdíly ve výkonu pacientů hospitalizovaných a ambulantních, i když jejich míra onemocnění byla shodná (Preiss, 2008). Vyšetření rovněž neprobíhalo stejný den po hospitalizování pacienta do Psychiatrického centra Praha, snažili jsme se však, aby stav pacienta v rámci hospitalizace byl co nejvíce stabilizovaný.

Slabinou našeho výzkumu je také malý počet probandů, jak jsme se již zmínili výše. Větší množství jedinců v souborech by mohlo mít vliv na zjištěné hodnoty, neboť při rozdělení na podskupiny velikosti 15 osob, by musela být závislost zvlášť silná, aby byla signifikantní. Při větším počtu jedinců bychom možná našli statisticky významné rozdíly, které by potvrzovaly či vyvracely naše hypotézy, kde se nám pouze jevila pravděpodobná souvislost.

Musíme upozornit na časový faktor. Vyšetření bylo pro mnoho pacientů dlouhé, i když jsme se snažili délku vyšetření přerušit krátkou přestávkou. I přes jejich motivaci dozvědět se o své paměti a pozornosti bližší informace, bylo zapotřebí jedince podporovat či zavést s nimi krátký hovor na různá témata. Častá byla jejich snaha odvádět komunikaci od tématu a dožadovat se podrobných instrukcí. Stejně tak jsme u nich spatřovali tendence k „sebesnižování se“, k obavám a nejistotě z budoucích výsledků, které často doplňovali hodnoceními o své nízké inteligenci.

Abychom začlenili jedince do výzkumného či kontrolního souboru, bylo nezbytné potvrdit nebo vyvrátit diagnózu emočně nestabilní poruchy osobnosti, hraničního typu. Tuto funkci nám zabezpečoval semistrukturovaný dotazník IPDE – modul pro emočně nestabilní poruchu osobnosti, hraniční typ. Tento nástroj nám přišel adekvátní i proto, že všechny osoby z výzkumné skupiny byly nejdříve řádně vyšetřeny psychiatrem a psychologem (pan doc. Preiss) a byla jim potvrzena diagnóza HPO. Výsledky, které jsme získali ze screeningu IPDE

nepovažujeme za relevantní, aby sloužily jako metoda k diagnostikování HPO a sami autoři doporučují tuto metodu pouze jako orientační (Patlichová, 2008).

Posledním faktorem, který bychom rádi zmínili, je důležitost zkušeností v klinické praxi, která zajišťuje menší možnost zkreslení a větší opatrnost v diagnostikování nejen hraniční poruchy osobnosti, ale k diagnostikování vůbec. Tento faktor nebyl zcela splněn, neboť mé zkušenosti v klinické praxi jsou velice malé.

Jsme si vědomi některých omezení našeho výzkumného projektu. Chceme poukázat na to, že si uvědomujeme, že naše poznatky nejsou reprezentativní pro emočně nestabilní poruchou osobnosti, hraniční typ a námi získané výsledky proto nelze generalizovat. Tyto limity, jež jsme uvedli v diskusi, by mohly být motivací pro další, podrobnější zkoumání či pro ostatní jedince, aby tyto chyby či úskalí výzkumu mohli v budoucnu eliminovat.

## **12. Závěr:**

V této diplomové práci přinášíme základní informace o diagnóze emočně nestabilní poruchy osobnosti, hraničního typu a snažíme se popsat, co pojem hraniční porucha osobnosti znamená. Setkáváme se přitom však s menšími problémy, protože hraniční stav (borderline) má v různých koutech světa rozlišný význam. Je to dáno i rozdíly v klasifikačních manuálech (MKN-10 a DSM-IV), které jsou přijímány v Evropě a Spojených státech amerických. Diagnóza vychází z převládající fenomenologie, z průběhu nemoci a také z klasifikačních zvyklostí dané země a správná diagnóza a chápání poruchy je podmínkou přiměřené terapie a přístupu k těmto druhům pacientů obecně.

Vyšetření kognitivních funkcí námi administrovaných dotazníků a testu mělo za cíl odhalit, jak a zdali ovlivňuje emočně nestabilní porucha osobnosti, hraniční typ kognici v běžném životním fungování.

Data byla získávána od výzkumného souboru, který tvořili pacienti otevřeného oddělení Psychiatrického centra Praha a od souboru kontrolního, jež tvořili „zdraví“ jedinci bez psychiatrického nálezu. V průběhu dvaadvaceti měsíců se nám podařilo nashromáždit data od 15 hraničních pacientů (5 pacientů jsme museli z výzkumného projektu vyloučit z důvodu nesplnění vstupních požadavků) a od 15 „zdravých“ osob, které jsme vybírali technikou „snowball sampling“ podle věku, pohlaví a vzdělání. Rádi bychom zmínili složitost získávání jedinců do výzkumného souboru. Někteří „předvybraní“ jedinci neměli zájem se výzkumného projektu zúčastnit, stejně tak bylo složité domlouvat termíny vyšetření. Z těchto důvodů zahrnuje výzkumný soubor patnáct osob.

Souborům byl předkládán IPDE screening, který sloužil ke zmapování, zdali jedinec trpí emočně nestabilní poruchou osobnosti, hraničním typem a následně modul pro hraniční poruchu osobnosti z IPDE pro potvrzení či vyvrácení diagnózy poruchy osobnosti. Z dotazníků zjišťujících kognitivní selhání v běžném životě jsme se rozhodli administrovat testy CFQ, MFQ a MIA. Pro posouzení

subjektivní úrovně depresivních symptomů byl využit BDI-II a stupnice pro posouzení deprese MADRS, jež je hodnocena examínátorem.

Když bychom naše výzkumné cíle shrnuli, snažili jsme se ověřit objektivní (ANT) a subjektivní (CFQ, MFQ, MIA) oslabení jedinců s HPO v kognitivních funkcích oproti běžné populaci.

Zjistili jsme, že, výzkumný soubor dosahoval průměrně v ANT testu horších výsledků, především v *Průměrném reakčním čase* a *Průměrné správnosti*. V tomto případě dosáhl rozdíl mezi výzkumným a kontrolním souborem statistické významnosti (viz. Tabulka č.11, příloha č.1). V ostatních parametrech testu ANT byl trend ke statistické významnosti. Ze tří testových metod měřící kognici v každodenním životě, jsme zaznamenali statisticky signifikantní rozdíly ve 2 metodách (MFQ, MIA), v jedné metodě (CFQ) nenalézáme větší difference mezi oběma soubory.

Nezjistili jsme vztah mezi výsledky pozornostního testu ANT a skóry v testu BDI-II u výzkumného souboru. Významnou negativní korelaci shledáváme pouze mezi *Průměrným reakčním časem* a BDI-II u kontrolního souboru.

Z výsledků našeho výzkumného projektu vyplývá, že jedinci s emočně nestabilní poruchou osobnosti, hraničního typu subjektivně hodnotili své paměťové problémy za závažnější a častější, rovněž v objektivním pozornostním testu ANT dosahovali horších výsledků oproti souboru kontrolnímu.

Za přínos našeho výzkumného projektu považujeme jeho praktické zaměření ve dvou směrech.

Jedním aspektem výzkumu byla snaha ověřit Posnerovo zjištění, že u hraničních osob se vyskytuje snížená schopnost exekutivní kontroly. Tímto tématem se zabývala ve své diplomové práci již Klára Patlichová. Díky nedostatečnému počtu jedinců ve výzkumném a kontrolním souboru však můžeme soubor rozšířit a zjistit pravdivost Posnerových zjištění.

Druhým aspektem výzkumu bylo zjistit, zdali osoby s HPO trpí zhoršenými kognitivními funkcemi, které tyto osoby subjektivně popisují

a je možné tento deficit validně ověřit. Výsledky naznačují, že hraničním jedincům bychom mohli „věřit“, když si stěžují na svoji nepozornost a špatné paměťové schopnosti, stejně tak by mohly vysvětlovat diametrálně odlišný kognitivní výkon, který je typický pro emočně nestabilní poruchy osobnosti, hraničního typu. To nás přivádí na myšlenku zabývat se možností kognitivního tréninku pozornosti či paměti u těchto osob.

Malé množství psychologických výzkumů má za cíl zmapovat rozlišné funkce a fungování jedinců s psychiatrickou diagnózou v běžném životě. Setkali jsme se s tím, že pacienti i přes délku vyšetření měli zájem o výsledky a nevadily jim další rozhovory, ve kterých bychom jim mohli interpretovat dosažené hodnoty. Mnoho z nich bylo přesvědčeno o svém silném kognitivním deficitu a zjištěné výsledky, které ukazovaly zhoršení jen v některých aspektech výzkumu, je pozitivně ovlivnily v tom smyslu, že mírná zhoršení přestali považovat pouze za svůj „osobní problém“, ale začali je považovat jako možnou součást své diagnózy.

### ***13. Seznam použité literatury a odborných pramenů***

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR : text revision*. Washington : American Psychiatric Association, 2000. 943 s.

ARBUCKLE, Tannis Y., et al. The role of psychosocial context, age, and intelligence in memory performance of older men. *Psychology and Aging* [online]. 1992, 7, 1, [cit. 2011-07-20]. s. 25-36. Dostupný z WWW: <<http://web.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/detail?vid=4&hid=8&sid=f d9393b0-d881-4ebb-9af4-62bdb179ad99%40sessionmgr14&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=pdh&AN=pag-7-1-25>>.

BECK, Aaron T.; A., Beamesderfer. Assessment of Depression : The Depression Inventory. In *Psychological Measurements in Psychopharmacology*. P.Pichot. Basel : Karger, 1974. s. 151-169.

BOHUS, Martin. *Borderline porucha osobnosti : Pokroky psychoterapie*. Trenčín : Vydavatelství F, 2005. 152 s. ISBN 80-88952-23-9.

BOLELOUCKÝ, Zdeněk, et al. *Hraniční stavy v psychiatrii*. Praha : Grada, 1993. 232 s. ISBN 80-7169-029-5.

BRAND, Nico; JOLLES, Jellemer. Learning and Retrieval Rate of Words Presented Auditorily and Visually. *Journal of General Psychology* [online]. 1985, 112, 2, [cit. 2011-07-21]. s. 201-210. Dostupný z WWW: <<http://web.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/detail?vid=6&hid=25&sid=a97436c5-627c-486f-8350-f191be0f7749%40sessionmgr10&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=5017479>>.

BROADBENT, Donald Eric , et al. The Cognitive Failures Questionnaire (CFQ) and its correlates. *British Journal of Clinical Psychology*. 1982, roč.21, č.1, s. 1-16.

DIMAGGIO, Giancarlo. *Psychotherapy of personality disorders : metacognition, states of mind, and interpersonal cycles* . London, New York : Routledge, 2007. 248 s. ISBN 978-0-415-41270-4.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost : Příručka pro uživatele*. 3. vydání. Praha : Karolinum, 2005. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.

ERNEST, Radoslav. *Komunitní terapie poruch osobnosti*. Praha, 2008. 120 s. Rigorózní práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychologie.

FALDYNA, Zdeněk. *Hraniční porucha osobnosti : Diagnostika, komorbidita a možnosti terapeutického ovlivnění při psychiatrické hospitalizaci*. 1. vyd. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2000. 42 s. ISBN 80-85121-56-5.

FAN, J. et al. 2002. Testing the Efficiency and Independence of Attentional Networks. *Journal of Cognitive Neuroscience*. 2002, vol. 14, no. 3 [cit. 2002-04-01], pp. 340-347. Dostupný z WWW <http://sacklerinstitute.org/users/jin.fan/publications/ANT.pdf>

FAN, Jin. *The Sackler Institutes for Developmental Psychobiology* [online]. c2011 [cit. 2011-07-14]. Jin Fan, PhD. Dostupné z WWW: <<http://www.sacklerinstitute.org/users/jin.fan/>>.



FOLSTEIN, Marshal F.; FOLSTEIN, Susan E.; MCHUGH, Paul R. Minimal state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* [online]. 1975, 12, 3, [cit. 2011-07-21]. s. 189-198. Dostupný z WWW: <<http://web.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/detail?vid=4&hid=25&sid=a97436c5-627c-486f-8350-f191be0f7749%40sessionmgr10&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=psyh&AN=1976-20785-001>>.

GILEWSKI, M. J., & ZELINSKI, E. M. (1988). *Memory Functioning Questionnaire (MFQ)*. Psychopharmacology Bulletin, 24, 665-670.

GOLDSTEIN, William N. *An Introduction to the Borderline Conditions*. London : Jason Aronson, 1985. 241 s. ISBN 0-87668-900-4.

GUNDERSON, John G.; HOFFMAN, Perry D. . *Understanding and Treating Borderline Personality Disorder : A Guide for Professionals and Families*. 1.vyd. Washington : American Psychaitric Publishing, 2005. 171 s. ISBN 1-58562-135-8.

GUNDERSON, John G. *Borderline personality disorder : a clinical guide* [online]. 2.ed. Washington: : American Psychiatric Publishing, 2008 [cit. 2011-07-17]. 350 s. Dostupné z WWW: <[http://www.google.com/books?hl=cs&lr=&id=PlcmXG9GFioC&oi=fnd&pg=PR11&dq=GUNDERSON,+J.+G.+2000.+Borderline+personality+disorder++A+clinical+guide.+1st+ed.&ots=40-wWeXu3A&sig=kW2E99n6X-v\\_O-lgZlg2JGgiFWg#v=onepage&q&f=false](http://www.google.com/books?hl=cs&lr=&id=PlcmXG9GFioC&oi=fnd&pg=PR11&dq=GUNDERSON,+J.+G.+2000.+Borderline+personality+disorder++A+clinical+guide.+1st+ed.&ots=40-wWeXu3A&sig=kW2E99n6X-v_O-lgZlg2JGgiFWg#v=onepage&q&f=false)>.

HAALAND, V. Ø.; ESPERAAS, L.; LANDRØ, N. I. Selective deficit in executive functioning among patients with borderline personality disorder. *Psychological Medicine* [online]. 2009, 39, 10, [cit. 2011-07-24]. s. 1733–1743. Dostupný z WWW: <<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=5&hid=108&sid=1d8ff5d2-a3e1-4d62-924e-1e5a9a01cee9%40sessionmgr114&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=44184948>>.

HAMMOND, KR. Ecological validity: then and now. <http://brunswik.org/notes/essay2.html>

HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.

HENDL, Jan. *Přehled statistických metod : analýza a metaanalýza dat*. 2.vyd. Praha : Portál, 2006. 583 s. ISBN 80-7367-123-9.

HÖSCHL, Cyril; LIBIGER, Jan; ŠVESTKA, Jaromír. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha : Tigris, 2002. 895 s. ISBN 80-900130-1-5

HOUSTON, , Diane M. The relationship between cognitive failure and self-focused attention. *British Journal of Clinical Psychology* [online]. 1989, 28, 1, [cit. 2011-07-20]. Dostupný z WWW: <<http://web.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/detail?vid=4&hid=8&sid=84009142-75e0-47d4-9be0-8be4cec7f973%40sessionmgr14&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=psyh&AN=1989-28298-001>>.

CHRISTOPHER, John Ch., et al. Otto Kernberg's Object Relations Theory : A Metapsychological Critique. *Theory and Psychology* [online]. 2001, 11, 5, [cit. 2011-07-17]. s. 687-711. Dostupný z WWW: <[http://www.montana.edu/hhd/facultyandstaff/publications/jchristopher/Kernberg's%20ORT%20\(2001\).pdf](http://www.montana.edu/hhd/facultyandstaff/publications/jchristopher/Kernberg's%20ORT%20(2001).pdf)>.

<http://www.miloslavkopecek.cz/kognice.htm>

KŘIVKOVÁ, E. Hraničná porucha osobnosti diagnostické a terapeutické přístupy. *Psychiatrie* 2002;6(1):41–50

LANE, Chistianne J.; ZELINSKI, Elizabeth M. Longitudinal hierarchical linear models of the Memory Functioning Questionnaire. In *Psychology and Aging*. 18(1). Los Angeles : US: American Psychological Association, 2003. s. 38-53. Dostupné z WWW: <<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=105&sid=bdd9769b-6099-461c-b0b4aaa50378de78%40sessionmgr111&vid=4&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc210ZT1laG9zdC1saXZl#db=pdh&AN=pag-18-1-38>>. ISSN 1939-1498.

LARSON, Gerald E, et al. Further evidence on dimensionality and correlates of the Cognitive Failures Questionnaire. *British Journal of Psychology*. 1997, 88, s. 29-38.

LINEHAN, Marsha M. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York : The Guilford Press, 1993. 558 s. ISBN 0-89862-183-6.

LORANGER, Armand W. *Mezinárodní rozhovor pro poruchy osobnosti - IPDE: verze pro MKN-10*. úprava české verze M. Preiss, S. Rothanzlová, L. Krámská. 1.vyd. Brno : Psychodiagnostika Brno, 2006. 139 s.

LORANGER, Armand W. *Assessment and diagnosis of personality disorder : The ICD-10 international personality disorder examination (IPDE)*. Edited by Armand W. Loranger, Alexandar Janca, Norman Santorius. 1.ed. Cambridge : Cambridge University Press, 1997. International Personality Disorder Examination (IPDE), s. 43-59. Dostupné z WWW: <<http://www.google.com/books?hl=cs&lr=&id=6kZw8PmfYAUC&oi=fnd&pg=PA43&dq=international+personality+disorder+examination&ots=5vT5Gh-Oof&sig=dnVKMI9jbrTIPE-oNNx9cccBuFw#v=onepage&q&f=false>>. ISBN 0521580439.

Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. *Duševní poruchy a poruchy chování : Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. 2. vyd. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2000. 306 s. ISBN 80-85121-44-1.

MILLER, Christopher S. *Neuropsychological correlates of borderline personality disorder* [online]. Montana : ProQuest Dissertations and Theses, 2007. 131 s. Dizertační práce. University of Montana. Dostupné z WWW: <<http://search.proquest.com.ezproxy.is.cuni.cz/docview/304826581/130C2C2F74523B94EEC/2?accountid=35514>>.

MILLON, Theodore. *Disorders of personality : DSM-IV and Beyond*. 2. vyd. New York : John Wiley & Sons, 1996. 818 s. ISBN 0-471-01186-X.

MONTGOMERY, S.A.; ASBERG, M. A New Depression Scale Designed to be sensitive to Change. *The British Journal of Psychiatry*. 1979, 134, s. 382-389.

NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. 2. vyd. Praha : Academia, 2003. 336 s. ISBN 80-200-1289-3.

NOVÁKOVÁ, Soňa . *Srovnání rozhovoru a dotazníku při diagnostice poruch osobnosti* [online]. Praha : Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychologie, 2004. 97 s. Rigorózní práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychologie.

NONDEK, Michal. *Efektivita tréninku kognitivních funkcí u klientů se schizofrenií a schizoafektivní poruchou*. Praha, 2006. 105 s. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta.

O'LEARY, Kathleen, et al. Neuropsychological Testing of Patients with Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry* [online]. 1991, 148, 1, [cit. 2011-07-24]. s. 106-11. Dostupný z WWW: <<http://search.proquest.com.ezproxy.is.cuni.cz/docview/220475742/fulltextPDF/130C2DFCF3763CE7F90/1?accountid=35514>>.

PALA, Karel ; VŠIANSKÝ, Jan. *Slovník českých synonym*. Praha : Lidové noviny, 1994. 439 s. ISBN 80-7106-059-3.

PATLICOVÁ, Klára. *Kvalita pozornosti u pacientů s hraniční poruchou osobnosti* . Praha, 2008. 117 s. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychologie

PLANTE, Thomas G. *Současná klinická psychologie*. 1. vyd. Praha : Grada, 2001. 444 s. ISBN 80-7169-963-2.

POLLINA, L. K., GREENE, A. L., Tunick, R. H., & Puckett, J. M. (1992). Dimensions of everyday memory in young adulthood. *British Journal of Psychology*, 83, 305–321.

PONDS, Rudolf; JOLLES, Jellemer. The Abridged Dutch Metamemory in Adulthood (MIA) Questionnaire : Structure and Effects of Age, Sex, and Education. *Psychology and Aging* [online]. 1996, 11, 2, [cit. 2011-07-20]. s. 324-332. Dostupný z WWW: <<http://web.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/detail?vid=24&hid=8&sid=84009142-75e0-47d4-9be0-8be4cec7f973%40sessionmgr14&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=pdh&AN=pag-11-2-324>>.

POSNER, Michael I.; ROTHBART, Mary K. Research on Attention Networks as a Model for the Integration of Psychological Science. *Annual Review of Psychology* [online]. 2007, 58, 1, [cit. 2011-07-16]. s. 1-23. Dostupný z WWW: <<http://psych.annualreviews.org>>.

POSNER, Michael I., et al. Attentional mechanisms of borderline [personality disorder](#). *PNAS* [online]. 2002, 99, 25, [cit. 2011-07-16]. s. 16266-16370. Dostupný z WWW: <[www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.252644699](http://www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.252644699)>.

PRAŠKO, Ján, et al. *Poruchy osobnosti*. 1. vyd. Praha : Portál, 2003. 360 s. ISBN 80-7178-736-X.

PRAŠKO, Ján. Možnosti psychoterapie a KBT u hraniční poruchy osobnosti. *Psychiatrie*. 2001, 2001, 4, s. 1-10. Dostupný z WWW: <[HTTP://WWW.TIGIS.CZ/PSYCHIAT/SUPL0401/16.HTM](http://WWW.TIGIS.CZ/PSYCHIAT/SUPL0401/16.HTM)>.

PREISS, M. *Theodore Millon – teorie osobnosti a jejích poruch*. *Psychiatrie* 2003;7(1):s.91–95.

PREISS, M. – VACÍŘ, K. Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé BDI-II: příručka. Brno : Psychodiagnostika, 1999. 22 s. ISBN

*Psychological Disorders* [online]. 2010 [cit. 2011-07-17]. The Classification of Personality Disorders According To Otto Kernberg. Dostupné z WWW: <psychological-disorders.org>.

REVELL, Andrew J., et al. Memory Functioning Questionnaire (MFQ) : Replication and Exploration of Factor Solutions in Older Adults. In *Poster prezentovaný na 54. výročním vědeckém zasedání gerontologické společnosti v Americe* [online]. Chicago : The Pennsylvania State University, 2001 [cit. 2011-07-14]. Dostupné z WWW: [http://geron.psu.edu/sls/Replication%20&%20Explor\\_2001.pdf](http://geron.psu.edu/sls/Replication%20&%20Explor_2001.pdf).

ROBERTSON, Ian H., et al. 'Oops!': Performance correlates of everyday attentional failures in traumatic brain injured and normal subjects. *Neuropsychologia* [online]. 1997, 35, 6, [cit. 2011-07-20]. s. 747-758. Dostupný z WWW: <<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.is.cuni.cz/science/article/pii/S0028393297000158>>.

SMITH, Andrew; CHAPPELOW, John; BELYAVIN, Andrew. Cognitive Failures, Focused Attention, and Categorical Search. *Applied Cognitive Psychology* [online]. 1995, 9, [cit. 2011-07-20]. s. 115-126. Dostupný z WWW: <<http://web.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/detail?vid=6&hid=8&sid=84009142-75e0-47d4-9be0-8be4cec7f973%40sessionmgr14&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=12011254>>.

SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy : Průvodce klasifikací, Nástin nozologie, Diagnostika*. 2. revidované vydání. Praha : Maxdorf, 2002. 506 s. ISBN 80-85912-18-X.

STENBERG, Robert J. *Kognitivní psychologie*. 1.vyd. Praha : Portál, 2002. 632 s. ISBN 80-7178-376-5.

STEVENS, Andreas, et al. Borderline personality disorder: impaired visual perception and working memory. *Psychiatry Research* [online]. 2004, 125, [cit. 2011-07-24]. s. 257–267. Dostupný z WWW: <[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)>.

*Text book of personality disorders*. John Oldham, Andrew Skodol, Donna Bender. 1.ed. Arlington : American Psychiatric Publishing, 2005. 708 s. ISBN 1-58562-159-5.

VALENTIJN, Susanne A. M. , et al. Memory Self-Efficacy Predicts Memory Performance : Results From a 6-Year Follow-Up Study. *Psychology and Aging* [online]. 2006 , 21, 1, [cit. 2011-07-21]. s. 165-172. Dostupný z WWW: <<http://web.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/detail?vid=2&hid=25&sid=91573247-53b9-4224-886f-7204b56d7664%40sessionmgr15&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=pdh&AN=pag-21-1-165>>.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Úvod do psychologie*. Praha : Karolinum, 2003. 210 s. ISBN 80-246-0015-3.

WEAVER, Bruce, et al. Using the Attention Network Test to predict driving test scores. *Accident Analysis & Prevention* [online]. 2009, 41, 1, [cit. 2011-07-20]. s. 76-83. Dostupný z WWW: <<http://web.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/detail?vid=4&hid=8&sid=1dc37d1d-7914-4fe9-b0de-cdd2dbf223a5%40sessionmgr15&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=35938459>>. ISSN 00014575.



*Wikipedia : article* [online]. 2011, 2011 [cit. 2011-01-05]. Borderline personality disorder. Dostupné z WWW: <[http://en.wikipedia.org/wiki/Borderline\\_personality\\_disorder](http://en.wikipedia.org/wiki/Borderline_personality_disorder)>.

*Wikipedia* [online]. 2011 [cit. 2011-07-15]. Beck Depression Inventory. Dostupné z WWW: <[http://en.wikipedia.org/wiki/Beck\\_Depression\\_Inventory](http://en.wikipedia.org/wiki/Beck_Depression_Inventory)>.

ZELINSKI, Elizabeth M.; GILEWSKI, Michael J.; ANTHONY-BERGSTONE, Cheri R. Memory Functioning Questionnaire : Concurrent Validity With Memory Performance and Self-Reported Memory Failures. *Psychology and Aging* [online]. 1990, 5, 3, [cit. 2011-07-20]. s. 388-399. Dostupný z WWW: <<http://web.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/detail?vid=15&hid=8&sid=84009142-75e0-47d4-9be0-8be4cec7f973%40sessionmgr14&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=pdh&AN=pag-5-3-388>>.